Políticas sociais e de atenção, promoção e gestão em *enfermagem*

Ana Maria Aguiar Frias
(Organizadora)

Atena
Editora
Ano 2021

Políticas sociais e de atenção, promoção e gestão em enfermagem

Ana Maria Aguiar Frias
(Organizadora)

Ano 2021

Ciências Biológicas e da Saúde

Ano 2021

Ciências Biológicas e da Saúde

Ano 2021

Ciências Biológicas e da Saúde

Políticas sociais e de atenção, promoção e gestão em enfermagem

Diagramação: Maria Alice Pinheiro
Correção: Maiara Ferreira
Indexação: Gabriel Motomu Teshima
Revisão: Os autores
Organizadora: Ana Maria Aguiar Frias

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P769 Políticas sociais e de atenção, promoção e gestão em enfermagem / Organizadora Ana Maria Aguiar Frias. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-5983-394-8
DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.948211308

1. Enfermagem. 2. Saúde. I. Frias, Ana Maria Aguiar (Organizadora). II. Título.

CDD 610.73

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

Ano 2021

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

Ano 2021

Ciências Biológicas e da Saúde

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access, desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce,* ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

Ano 2021

APRESENTAÇÃO

A coleção "Políticas Sociais e de Atenção, Promoção e Gestão em Enfermagem" apresenta 65 artigos originais e resulta do esforço conjunto de diferentes profissionais de saúde portugueses e brasileiros. Espera-se, que que o leitor explore os conteúdos da presente obra, que a mesma possibilite aumentar e aperfeiçoar os conhecimentos sobre as diversas abordagens teóricas e práticas e que contribua para a melhoria da prática da enfermagem e consequentemente para o cuidado qualificado à pessoa, seja na prevenção, promoção ou recuperação da saúde.

A obra foi dividida em 3 (três) volumes com diferentes cenários que envolvem o "Cuidar", desde o profissional, até ao cliente/paciente: o volume 1 aborda assuntos relacionados com a formação em enfermagem, procurando a valorização dos "saber-saber", "saber-ser", "saber-estar" e "saber-fazer", utilizando-os para guiar o processo educativo. Aborda, ainda, a saúde da mulher ao longo do ciclo de vida, desde a gravidez, parto, puerpério e Recém-Nascido, assim como situações de violência; o volume 2 concentra estudos relacionados com a gestão de e em cuidados de saúde, salientando novos instrumentos de gestão e humanização, qualidade de vida e satisfação com os cuidados; o volume 3 trata da prática de enfermagem e enfatiza as questões relacionadas com a saúde mental; a situação pandémica provocada pelo SARS CoV2 e ações de educação contínuas, treino e capacitação das equipas, não esquecendo a segurança da pessoa a cuidar.

Reconhece-se a inestimável colaboração de cada um dos participantes desde autores e coautores, equipa editorial e de tantos outros que participaram no processo de publicação.

Temas científicos diversos e interessantes são, deste modo, analisados e discutidos por pesquisadores, professores e académicos e divulgados pela plataforma Atena Editora de forma segura, atual e de interesse relevante para a sociedade em geral e para a enfermagem em particular.

Ana Maria Aguiar Frias

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1

SISTEMA NIGHTINGALEANO DE ENSINO: ASPECTOS SOBRE A IDENTIDADE PROFISSIONAL DA ENFERMEIRA

Data de aceite: 01/08/2021

Data de submissão: 30/06/2021

Mariangela Aparecida Gonçalves Figueiredo
Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, HU-UFJF
Juiz de Fora - MG
https://orcid.org/0000-0003-1382-7819

RESUMO: Estudo histórico-social que reflete sobre os elementos constitutivos da identidade profissional da enfermeira idealizada por Florence Nightingale, pioneira da Enfermagem Moderna no mundo, em duas obras seminais de sua autoria, “Notes on Hospitals by Florence Nightingale” (1859) e “Notas sobre enfermagem” (1860). Em suas falas sobre as atribuições da enfermeira, pode-se perceber que a identidade profissional se constituiu na prática e aplicação dos princípios do cuidado, disciplina e administração no ambiente hospitalar. Esta reflexão tem como base o referencial teórico sobre identidade profissional que embasou o estudo.

PALAVRAS - CHAVE: História da Enfermagem; Formação; Prática profissional; Identidade.

PROFESSIONAL IDENTITY OF THE NURSE IN THE NIGHTINGALEAN SYSTEM

ABSTRACT: Historical and social study that reflects on the constitutive elements of the professional identity of the nurse idealized by Florence Nightingale, pioneer of Modern Nursing in the world, in two seminal works written by herself, “Notes on Hospitals by Florence Nightingale” (1859) and “Notes on Nursing” (1860). In her statements about the attributes of a nurse, it can be seen that professional identity was constituted in the practice and application of the principles of care, discipline and administration in the hospital environment. This reflection is based on the theoretical reference on professional identity that supported the study.

KEYWORDS: History of Nursing; Qualification; Professional practice; Identity.

1 | INTRODUÇÃO

Estudo que trata dos elementos constitutivos da identidade profissional da enfermeira em duas obras de Florence Nightingale: “Notes on Hospitals by Florence Nightingale” (1859), que apresenta o relatório das condições sanitárias do Hospital de Scutari (localizado na atual cidade de Istambul), no qual a autora atuou durante a guerra da Criméia (1854-1856), e uma descrição detalhada de como deveria ser a construção e funcionamento de um hospital, bem como o cuidado das enfermeiras nos cenários hospitalares; e “Notes on Nightingale” (1860), que discorre acerca dos princípios básicos dos cuidados de enfermagem aos doentes no meio ambiente, a partir dos quais se configurou a primeira Teoria de Enfermagem, denominada Teoria Ambientalista. (BAKES, 1999).

Nightingale é uma personalidade

mundialmente reconhecida como precursora da Enfermagem Moderna, fase histórica que a profissão vive atualmente, na qual a Enfermagem adquiriu expertise, autonomia e autorregulação, credenciais para ser reconhecida como profissão, em análise freidsoriana. (BELLAGUARDA at al., 2013)

As transformações ocorridas ao longo dos anos no campo da saúde e da educação, embora tenham elevado a enfermagem mundial à condição de profissão, ainda requer maiores estudos sobre suas origens, especialmente no que tange as suas heranças históricas, para subsidiar uma melhor compreensão de sua evolução nos campos social e científico.

No que tange a construção da identidade profissional, aqui será entendida como um processo "simultaneamente estável e provisório, individual e coletivo, subjetivo e objetivo, biográfico e estrutural, dos diversos processos de socialização que, em conjunto, constroem os indivíduos e definem as instituições". (DUBAR, 2005, p. 136)

Assim, este estudo se justifica pela sua contribuição para o pensamento crítico sobre a cientificidade da profissão. Além disso, traz à tona as idéias da personalidade que propiciou que a enfermagem caminhasse como profissão em direção ao patamar técnico-científico, em diferentes países e, especialmente, no Brasil, onde se criou um a nova identidade profissional de enfermeira a partir de uma escola idealizada por enfermeiras norte-americanas, tendo como modelo o Sistema Nightingale. (PERES, PADILHA, 2014)

2 | ANTECEDENTES HISTÓRICOS

No século XIX, o avanço da medicina favoreceu a reorganização dos Hospitais. É neste cenário que a Enfermagem Moderna se desenvolveu. Nightingale foi uma figura mítica em seu tempo, a "Dama da lâmpada", reconhecida como a fundadora da profissão moderna de enfermagem, visionária de uma abordagem mais ampla da saúde, na qual a doença era um processo natural e, desta forma, os cuidados e tratamentos deveriam ser simples, seguros, pautados nos cuidados com o ambiente. (BAKES, 1999; MCDONALD, 2010)

Nightingale é considerada uma reformadora social devido à visão de um sistema global de cuidados de saúde. Antes da criação da escola de treinamento, com dinheiro arrecadado em sua honra durante a Guerra da Criméia, ela atuava na reforma de hospitais em Londres. (MCDONALD, 2006)

Em estudos com base na matemática comprovou a relação entre a diminuição dos índices de mortalidade na guerra e o cuidado prestado, tornando-se a primeira mulher a publicar um trabalho estatístico e ser aceita como membro da Royal Statistical Society e membro honorário da American Statistical Association. (MCDONALD, 2010)

O impacto das evidências produzidas por Nigthingale para a área de enfermagem resultou na elaboração de um cuidado centrado nos doentes e não na doença, no qual era

dado valor à observação, aos registros e à vigilância na coleta de dados nos prontuários dos soldados doentes do Hospital de Scutari. Os dados organizados e demonstrados em gráficos geraram as evidências estatísticas acerca das causas dos óbitos e indicaram as medidas necessárias para a sua redução. Subsidiou também a elaboração de planos de cuidados, ação de enfermagem que vai ao encontro do conceito de cuidado com base na prevenção de doenças e na promoção da saúde, trazendo para a linguagem atual.

Além disso, foi reconhecida como adepta da administração pública pelas disposições administrativas que preconizava na prática para garantir a segurança dos doentes, médicos e enfermeiras. (MCDONALD, 2010; MCDONALD, 2006)

O marco principal da Enfermagem Moderna é a inauguração da Nightingale Training School for Nurses at Saint Thomas Hospital (Micaelo et al, 2013; Lopes et AL, 2010), em 1860, Londres/Inglaterra, quando um sistema de ensino idealizado por Nightingale foi implantado, visando a profissionalização da enfermagem, até então mantida em sua fase pré-profissional, sob a condução de religiosos ou qualquer pessoa que se dedicasse aos cuidados de pessoas doentes, treinados ou não. (PADILHA et all, 2011)

Neste sistema, Nightingale preconizou pontos essenciais para o funcionamento da escola: direção da escola a cargo de uma enfermeira; ensino sistematizado; seleção de candidatos do ponto de vista físico, moral, intelectual e aptidão profissional; estreita associação das escolas de treinamento com os hospitais, mantendo sua independência financeira e administrativa; residência à disposição das estudantes durante o período de treinamento, que lhes oferecesse ambiente confortável e agradável, próximo ao hospital. (BAKES, 1999)

Da Inglaterra, o Sistema Nightingale foi levado para outros países, ainda no século XIX, como foi o caso dos Estados Unidos da América (EUA), em 1873. Neste ano, foi criado o primeiro programa educacional para enfermeiras, no sistema nightingaleano, na Escola de Formação New York no Hospital Bellevue. A seguir, foram criadas as Escolas de Formação de Connecticut, no State Hospital (mais tarde nomeado New Haven Hospital) e de Boston, no Massachusetts General Hospital. Os três (3) programas foram reconhecidos como precursores da educação de enfermeiras nos EUA. O sucesso destas primeiras instituições, chamadas "Escolas Nightingale", levou a uma proliferação de escolas de enfermagem semelhantes, ou como foram mais comumente chamadas, Programas de Treinamento de Enfermeira. (PERES, PADILHA, 2014; WHELAN, s/d)

No Brasil, as primeiras notícias de chegada do Sistema Nightingale de ensino são referentes ao Hospital Samaritano de São Paulo, que em 1894 contratou enfermeiras inglesas para criar um curso que iniciou seu funcionamento dentro dos princípios nightingaleanos (MOTT, 1999). No entanto, este curso não foi reconhecido por tratar-se de iniciativa privada para formar pessoal para o referido hospital, de origem protestante (CARVALHO, 1972). Até 1905, "o número de enfermeiras formadas pelo hospital somava a cinco". (MOTT, 1999, p.342)

Ao considerar-se o processo de implantação como o ato de criar e desenvolver algo, se pode afirmar que o curso de enfermeiras do Hospital Samaritano não atingiu esse intento em relação ao Sistema Nightingaleano de ensino ou à Enfermagem Moderna no país. Tanto assim que, em 1927, o relatório produzido pela enfermeira norte-americana Ethel Parsons, responsável por coordenar uma Missão de Cooperação Técnica entre o Brasil e os Estados Unidos da América (EUA) para o desenvolvimento da enfermagem brasileira, afirma que a criação da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), posteriormente denominada Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), representou a implantação da Enfermagem Moderna no país, seguindo o modelo de ensino naquele momento desenvolvido nos EUA. (PAIM, CARVALHO E SAUTHIER, 1999)

A criação de uma escola de enfermeiras era parte dos planos do sanitarista Carlos Chagas, então diretor do DNSP, para tocar a Reforma Sanitária que contaria com a própria Ethel Parsons na Superintendência do Serviço de Enfermeiras com outras enfermeiras norte-americanas, que integrariam este serviço, e com outras graduadas por uma escola de enfermeiras, que seria criada conforme os padrões norte-americanos de ensino, com bases no Sistema Nightingaleano, chamado pelos estudiosos da história da enfermagem brasileira de modelo anglo-americano de ensino de enfermagem (SAUTHIER e BARREIRA, 1999; SOUZA e BAPTISTA, 2002).

Este modelo, iniciado com a inauguração da EEAN, na capital da república, em 1923, foi o que implantou de fato a Enfermagem Moderna no país ao promover a formação em número progressivo de enfermeiras, dentro dos rígidos padrões de ensino idealizados por Florence Nightingale (SAUTHIER e BARREIRA, 1999). A expansão do modelo se deu por força de legislação que evidencia o reconhecimento nacional do mesmo, uma vez que o Decreto n. 20.109 de 1931, fixou as condições para a equiparação das escolas de enfermagem brasileiras à EEAN. Cria-se então uma nova identidade de enfermeira pela adoção do modelo de ensino anglo-americano no país, que fez emergir uma profissão feminina, com reconhecimento social que se tornaria autônoma com bases científicas. (PIRES, 2013)

No que concerne a identidade profissional, em meados do século XIX, teóricos como Marx, Weber e Durkheim, referiram a palavra identidade ao estudarem a posição de membros de um determinado grupo (Porto, 2004). No tocante à identidade profissional da enfermeira, é necessário compreender os processos de socialização ocorridos, desde a fase pré profissional até a formação na primeira escola, a Nightingale Training School for Nurses at Saint Thomas Hospital. (CARVALHO, 2009)

Na construção de sua identidade, a Enfermagem sofreu as influências da organização do ambiente e do trabalho hospitalar, além dos condicionantes históricos à época. (HENRIQUES, 2011). Assim, o objetivo deste artigo é analisar nas obras selecionadas os elementos constitutivos da identidade profissional da enfermeira no modelo nightingaleano.

3 I PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Estudo histórico-social, que se debruça sobre os elementos identitários contidos em duas obras seminais escritas pela precursora da Enfermagem Moderna no mundo. As obras originais de Nightingale, publicadas no idioma da autora (inglês), mencionadas na primeira parte deste artigo, foram adquiridas na livraria do Museu Florence Nightingale, localizado em Londres/Inglaterra, em julho de 2015. O estudo consistiu em extrair informações destas obras (consideradas fontes primárias) para a construção crítica de dados através de técnicas apropriadas para seu manuseio, seguindo-se as etapas de organização e análise de dados (Chizzotti, 2006), tendo como referencial teórico os conceitos de identidade profissional de Claude Dubar.

A respeito dos estudos históricos na enfermagem, estes:

> Interessam sobremaneira à enfermagem, pois a contrução de uma memória coletica é o que possibilita a tomada de consciência daquilo que somos realmente, enquanto produto histórico, o desenvolvimento da autoestima coletica e a tarefa de (re) contrução da identidade profissional. (BARREIRA, 1996, p.87)

Ao se estudar a construção de identidade, deve-se considerar que “a identidade nunca é dada, ela sempre é construída e deverá ser (re) construída em uma incerteza maior ou menor e mais ou menos duradoura” e que existem várias maneiras de construir identificações de si próprio e dos outros no mundo real (DUBAR, 2005, p. 135). Nesse estudo interessa o conceito de identidade profissional que a define como forma de expressão no meio social, reconhecida pelos indivíduos que se identificam neste meio; um processo de construção interno (biográfica) e externo (relacional) articulado no contexto social; produto da socialização dos sujeitos dentro dos sistemas onde se relacionam. (DUBAR, 2005)

Nightingale em suas publicações descreveu atributos referentes à atuação da enfermeira, a partir da utilização de termos/vocábulos preconizados por ela, que possibilitaram identificar elementos constitutivos da identidade da enfermeira no modelo nightingaleano.

Nas duas obras de Nightingale selecionadas estão historicamente descritas as observações realizadas por ela em cenários hospitalares, principalmente, a partir das experiências adquiridas no Hospital de Scutari, e a “base explicativa de uma profissão” (CARVALHO, 2009, p. 641).

Após tradução das obras, foram realizadas leituras com o objetivo de identificar os elementos constituintes da identidade profissional da enfermeira com base nos conceitos de Dubar, referencial teórico deste estudo. Foram identificados 43 (quarenta e três) termos/vocábulos utilizados por Nightingale que deram indícios da construção da identidade profissional das enfermeiras, sendo 18 (dezoito) comuns às duas obras, possibilitando a análise, o enquadramento temático e agrupamento dos conteúdos por afinidade de termos, apresentados em um quadro para melhor visualização e aplicação dos conceitos de Dubar.

1 “Hospital”, tendo como princípios os cuidados com o ambiente dos doentes. “Hospital” – [missão] restaurar os doentes para a saúde. Condições essenciais para a “saúde” dos “hospitais”: 1. Ar fresco. 2. Luz. 3. Amplo espaço. 4. Subdivisão de enfermos em pavilhões separados.
2 “Conhecimento”, “experiência” e “observação”. A “enfermeira” observando diariamente as mudanças nos “doentes”. Uma “enfermeira” do “cuidado” vai manter uma “vigilância” constante sobre o seu “doente” especialmente aqueles mais fracos. A mais importante lição “prática” é observar sintomas que indicam uma melhoria- a evidência de negligência deve fazer parte essencial da “formação” de cada “enfermeira”. A “observação” habitual é mais necessária.
3 Os “deveres” das “enfermeiras”: “administração” de dietas, fabricação de cataplasmas, aplicação de sanguessugas, curativos simples, a “gestão da ventilação” e aquecimento da ala, a “limpeza do ambiente” e dos “doentes”, sempre sob a “vigilância” da “enfermeira” [chefe]. O que a “enfermagem” tem que fazer em qualquer caso, é colocar o “doente” na melhor condição para a “natureza” agir sobre ele. Todos os resultados de boa “enfermagem” podem ser estragados ou totalmente negados por um defeito na “gestão” ou, em outras palavras, por não saber como gerir o [cuidado] que é feito quando se está lá [no hospital] e quando não se está lá [no hospital].
4 A “enfermeira-chefe” deve estar a par de tudo o que pertence a unidade do “doente” [...], da “administração” de medicamentos, dos alimentos, dos curativos, em suma, de tudo o que diz respeito à “obediência”, ao “doente” para as ordens do cirurgião. Ela deve acompanhar o cirurgião em suas visitas, e receber suas “ordens”. Há quatro elementos essenciais a serem considerados no que diz respeito a “enfermeira-chefe” e a “disciplina”: 1 Economia de atendimento; 2. Facilidade de “supervisão”. 3. Conveniência quanto ao número de “doentes” na mesma “enfermaria”; 4. Eficiência quanto ao alojamento para as “enfermeiras”, colocado de maneira que ela possa comandar toda a ala.

Quadro nº 1 – Elementos constitutivos da Identidade Profissional da Enfermeira

Fontes: “Notes on Hospitals” (Nightingale, 1859); “Notes on Nursing” (Nightingale, 1860)

4 | ASPECTOS SOBRE OS ELEMENTOS CONSTITUINTES DA IDENTIDADE PROFISSIONAL DA ENFERMEIRA

À época, século XIX, diante dos problemas impostos pela política econômica e social, foi necessária a reforma dos Hospitais, até então lugar de pobres e excluídos da sociedade, com o objetivo de recuperar a saúde daqueles desenvolviam o trabalho industrial. O hospital passou a ser lugar de cura, principalmente com o avanço da medicina e da medicalização, sendo dada autoridade ao médico para controlar este espaço e o trabalho hospitalar dos demais trabalhadores que ali se encontravam como foi o caso das enfermeiras. As questões sanitárias afloraram neste espaço e passaram a ser objeto de observação, análise e críticas, e a nortear a construção, organização e funcionamento dos hospitais, além dos cuidados com o ambiente e os doentes. O foco do cuidado estava nas doenças para os médicos, a partir do conhecimento e da evolução destas. Nessa mesma época surge a idéia de que o hospital era lugar propício ao estudo e a discussão de casos de doenças em busca de novos conhecimentos. É neste cenário que a Enfermagem

Moderna se desenvolveu. (ZAGONEL, 1996).

A identidade profissional não pode "ser analisada fora do mundo organizacional e das instituições onde as competências e as configurações profissionais garantem o significado da sociedade e do trabalho" (SANTOS, 2005, p. 126). Dubar (2005) refere que o grupo profissional possui uma identidade coletiva, pois existe como um ator social real em um sistema de ação concreta que se produz e reproduz, permanentemente, de acordo com os condicionamentos e determinantes históricos e culturais.

Nightingale tinha muitos conhecimentos sobre a organização dos hospitais e o cuidado aos doentes, acumulados ao longo de suas viagens para conhecer e aprender os cuidados de enfermagem, além da atuação como voluntária no Hospital de Scutari e como superintendente em hospitais de Londres. Conhecimentos que se pautaram no cuidado com o ambiente e na prevenção das doenças que lhe inspiraram a escrever "Notes on Hospitals" (1859) e "Notes on Nightingale" (1960). Além do reconhecimento como a primeira teorista na área da enfermagem, a teoria ambientalista, em sua segunda obra descreveu "as bases explicativas de uma profissão". Nightingale (1860) idealizou a criação da Nightingale Training School for Nurses at Saint Thomas Hospital, considerando o hospital como um ambiente onde as enfermeiras fossem preparadas para os cuidados de enfermagem.

Para Dubar (2005) é no espaço do trabalho que conscientemente os indivíduos procuram os elementos necessários à vida em suas múltiplas dimensões, em um movimento de construção, desconstrução e reconstrução das identidades profissionais. Neste espaço, é possível perceber os modos de identificação dos indivíduos: "[...] a partir de dois eixos: o biográfico e o relacional; o primeiro se refere à construção da identidade numa "linhagem de gerações", e o segundo, ocorre na integração com outras instituições como a escola, a sociedade, trabalho, dentre outras". (DUBAR, 2005, p. 51)

Ao descrever os atributos que as enfermeiras deveriam ter para cuidar dos doentes, Nightingale (1860) revela muito dos elementos constituintes da identidade profissional da enfermeira: deve haver uma verdadeira vocação genuína e amor pelo trabalho; dever e consciência; o cuidado dos doentes é o objeto dos hospitais; a observação da enfermeira é a missão responsável por identificar os elementos nocivos á saúde dos doentes; a preparação formal e sistemática das enfermeiras; experiência, observação e reflexão da enfermeira para aquisição de conhecimentos; controle do ambiente para a prevenção de doenças; a responsabilidade pelo cuidado dos doentes. Identificam-se os elementos constituintes da identidade da enfermeira a partir de suas concepções descritas em suas obras. A construção das identidades profissionais encontra-se associada a um tipo de saber privilegiado que, para além de corresponder a trajetórias sociais diferentes, põem em jogo posições nos espaços sociais e profissionais.

A identidade profissional da enfermeira foi construída, baseada nos "atributos profissionais" (Carvalho, 2009, p. 27) idealizados por Nightingale, tendo como base os princípios de cuidados, administração, disciplina e a formação da enfermeira no espaço

hospitalar. Pela incorporação dos modos de pensar e agir de um grupo ocorre a socialização, a base da identidade profissional que se constrói em sucessivas socializações. As relações e o convívio dos membros nos grupos possibilitam a identificação e o sentimento de pertença. Ao socializarem-se, os indivíduos apreendem os valores e as normas do grupo que passa a ser referência em suas atitudes, condutas e comportamentos. (DUBAR, 2005)

Tratando-se das formas identitárias profissionais, estas exploram três dimensões de análise: "O mundo vivido do trabalho; a trajectória socioprofissional e a formação. Cada configuração resulta de uma dupla transacção. Uma transacção entre o indivíduo e a instituição (nomeadamente, no campo profissional) e, por outro lado, entre o indivíduo e o seu passado". (DUBAR, 2005, p. 252).

Na construção da identidade ocorrem várias identificações no sistema relacional dos sujeitos, positivas ou negativas, que se integram "através da coerência de uma linguagem, isto é, através da estruturação dos signos e dos símbolos que constitui", o que pode ser observado em "Notes on Nightingale"; em "Notes on Hospital", apropriação de normas e condutas se equivaleria a comportamentos profissionais desejados que deveriam ser postos em prática no trabalho hospitalar, constituindo parte da realidade do mundo do trabalho à época, o que denota a identidade relacional construída no e pelo trabalho.

As obras estudadas apresentam elementos que persistem no ensino e na prática da enfermagem em todo o mundo e apontam que o núcleo que determina um profissional enfermeiro parte de aspectos que legitimam o comportamento, o conhecimento, o pensar sobre o contexto que envolve o doente, o ambiente e a enfermeira, de modo que o cuidado de enfermagem seja restaurador.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo assim, estudar as duas obras de Nightingale que apontam aspectos relevantes para a criação e desenvolvimento de um sistema de ensino tão importante que levou a profissão de enfermagem para outra fase histórica, é relevante; e analisar estes aspectos como constituintes da identidade profissional da enfermeira, permitirá subsidiar novos estudos, voltados ao desenvolvimento da Enfermagem Moderna em outros países.

O estudo aponta vários indícios de que Nightingale, precursora da Enfermagem Moderna, através da elaboração de relatórios sanitários, propostas e projetos de construção de hospitais e funcionamento, e dos princípios de cuidados aos doentes, pensou e construiu a identidade profissional da enfermeira. Esta afirmação se apóia nos conceitos de Dubar aqui apresentados e discutidos.

O modelo nightingaleano difundido mundialmente a partir do século XIX, e mais tarde no Brasil, século XX, trouxe a abordagem de como deveria ser um hospital restaurador da saúde, propício ao cuidado das enfermeiras e o "o que é e o que não é enfermagem", fazendo uma alusão à obra "Notes on Nursing", e a identidade profissional da enfermeira

nightingaleana.

Para de fato apropriar-se desta afirmação, novos estudos se fazem necessários nos países onde o modelo nightingaleano foi implantado, para o confronto científico das concepções apresentadas neste estudo.

REFERÊNCIAS

BACKES Vânia Marli S. O legado histórico do modelo nightingale: seu estilo de pensamento e sua práxis. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v. 52, n. 2, p. 251-264. abr./jun. 1999. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/reben/v52n2/v52n2a12.pdf. Acessado em 07 jun. 2016.

BARREIRA, Ieda de A. Memória e história para uma nova visão da enfermagem no Brasil. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 87-93, julho 1999. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13480.pdf. Acesso em 17 ago. 2016

BELLAGUARDA, Maria, Lígia dos R. et al. A reflexão sobre a legitimidade da autonomia da enfermagem no campo das profissões de saúde à luz das idéias de Eliot Freidson. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, vol. 17, n. 2, abr-jun 2013, p. 369-374. Disponível em https://dx.doi.org/10.1590/S1414-. Acesso em 13 jul. 2016.

CARVALHO Vilma de. Sobre a identidade profissional na Enfermagem: reconsiderações pontuais em visão filosófica. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2013; vol. 66 (esp), p. 24-32. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea03.pdf. Acesso em set. 2015.

____________________. Da Enfermagem Hospitalar - um ponto de vista. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2009. jul-set; vol. 13, n. 3, p. 640-44. Disponível em www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a26.pdf. Acesso em 20 set. 2015.

CARVALHO, Amália C. *Orientação e Ensino de Estudantes De Enfermagem no Campo Clínico.* São Paulo. Tese de Doutorado. (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 1972.

DUBAR, C. *A construção das identidades* (La Socialisation: Construction des Identités Sociales et Professionnelles. Paris: Armand Colin. 2000). 3ª. Ed. 2005. Livraria Martins Fontes, São Paulo. Tradução Andréa Stauel M. da Silva. Disponível em https://pt.scribd.com/doc/218260622/LIVRO-Claude-Dubar-Socializacao. Acesso em 16 ago. 2016.

__________. A *crise das identidades. A interpretação de uma mutação* (La crise des identités. La interprétation d'une mutation © Presses Universitaires de France} Edições Afrontamento, Porto 2006. Disponível em file:///C:/Users/usuario/Downloads/dubar_claude_a_crise_das_identidades.pdf Acesso em 16 ago.. 2016.

__________. A construção de si pela atividade de trabalho: a socialização profissional. Tradução Fernanda Machado. *Cadernos de Pesquisa,* São Paulo, v.42, n.146, p.351-367, maio/ago. 2012. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/cp/v42nl46/03.pdf. Acesso em 24 set. 2015.

CHIZZOTTI, Antônio. *Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais*. Petrópolis, Vozes, 2006.

HADDAD, Verônica Cristina do N., SANTOS, Tânia Cristina. A teoria ambientalista de Florence Nightingale no ensino. *Escola Anna Nery Revista Enfermagem*. 2011 out-dez; vol. 15, n. 4, p. 755-761. Disponível em www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a14v15n4.pdf. Acesso em 20 set.

HENRIQUES, Helder Manuel G. *Formação, sociedade e identidade profissional dos enfermeiros: a Escola de Enfermagem de Castelo Branco/Dr. Lopes Dias (1948-1988)*. Dissertação de Doutoramento em Ciências da Educação, História da Educação, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra 2011 Disponível em https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/19075/3/Tese%20Helder%20Henriques.pdf. Acesso em 6 de mar. 2016.

LOPES, Lúcia Marlene M., SANTOS, Sandra Maria P. Florence nightingale – apontamentos sobre a fundadora da enfermagem moderna. Referência - Revista de enfermagem, 2010, vol. III, n. 2, p. 181-189. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIn2/serIIIn2a19.pdf. Acesso em 18 ago. 2016.

MCDONALD, Lynn. Florence Nightingale A Hundred Years On: "Who She Was and What She Was Not." Women's*. History Review*. 2010. vol 19, n. 5, p: 721-740. Disponivel em http://www.uoguelph.ca/~cwfn/short/whr.htm. Acesso em 28 abril 2016.

______________. Florence Nightingale as a Social Reformer. *History Today.*2006. vol. 56. Disponível em http://www.historytoday.com/lynn-mcdonald/florence-nightingale-social-reformer. Acesso em 8 jun. 2016.

MICAELO, Fernando et. al. Florence Nightingale - vida e obra da fundadora da Enfermagem Moderna. *Revista de Saúde Amato Lusitano.* 2013; n.33, p. 10-15. Disponível em http://www.ulscb.min-saude.pt/media/6716/artigo_revisao.pdf. Acesso 18 ago. 2016.

MOTT, Maria Lúcia de B. Revendo a história da enfermagem em São Paulo (1890-1920). *Cadernos Pagu,* Campinas, SP, n. 13, p. 327-355, maio 2015. Disponível em: <http://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8635331>. Acesso em 10 ago. 2016.

NIGHITINGALE, Florence. *Notes on Hospitals by Florence Nightingale*. London: John W. Parker and Son, West Strand, 1859.

______________, Florence. *Notes on Nursing – What it is, and what it is not*. New York: Dover Publications, 1860.

COSTA, Roberta et. AL. Florence Nightingale (1820-1910): as bases da Enfermagem Moderna no mundo. In Padilha Maria I., Borenstein, Miriam S, Santos, Iraci. (Org.): *Enfermagem: história de uma profissão.* São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, p 183-217. 2011.

PAIM, Lygia, CARVALHO, Vilma de, SAUTHIER, Jussara. O saber/conhecimento profissional na enfermagem brasileira. Comentários sobre momentos decisivos na trajetória histórico-evolutiva. Carta do Rio de Janeiro. *Revista ABEn,* 2003. nº 20. Disponível http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/o_saber_conhecimento_profissional_na_enfermagem_brasileira.pdf. Acesso 17 ago. 2016

PERES, Maria Angélica de A., PADILHA, Maria I. Uniforme como signo de identidade da enfermeira. *Escola Anna Nery Revista Enfermagem.* 18(1) Jan-Mar 2014. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0112.pdf. Acesso em 25 abr. 2016.

PIRES, Denise Elvira de P. (2013). Transformações necessárias para o avanço da Enfermagem como ciência do cuidar/ *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66, 39. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea05.pdf. Acesso em 13 de jul. 2016.

PORTO, Isaura S. Identidade da Enfermagem e enfermeira em produções científicas no Brasil. *Escola Anna Nery Revista Enfermagem* 2004 abr; 8 (1): 92-100. Disponível em file:///C:/Users/usuario/Downloads/v8n1a13%20(5).pdf. Acesso em 10 mar. 2016

SANTOS, Clara. A Construção Social do Conceito de Identidade Profissional. Disponível em. file:///C:/Users/usuario/Downloads/145-466-1-PB%20(7).pdf. Acesso em 05 mai. 2016

SAUTHIER, Jussara, BARREIRA, Ieda de A. As Enfermeiras norte-americanas e o ensino da enfermagem na capital do Brasil: 1921-1931. Rio de Janeiro: Editora Escola de Anna Nery/UFRJ, 1999. Disponível em file:///home/chronos/u 03ba2c243a598e1fbae3ac5c866b3b266fac5472/Downloads/v6n2a07.pdf. Acesso em 13 jul.2016

SOUZA, Andréa Raquel, BAPTISTA, Suely de S. A adoção do modelo anglo-americano de ensino de enfermagem na capital paulista. *Escola Anna Nery Revista Enfermagem*. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 211-227 ago. 2002. Disponível em file:///C:/Users/usuario/Downloads/v6n2a07.pdf, Acesso em 17 ago. 2016

ZAGONEL, Palmira S. Exercício do poder diante da complexidade das relações no espaço médico-hospitalar e de enfermagem. *Cogitare Enfermagem.* Curitiba, v. 1 n. 2, p. 75-80 - jul./dez. 1996. Disponível em file:///C:/Users/usuario/Downloads/8762-25739-1-PB%20(2).pdf. Acesso em 14 ago. 2016.

WHELAN, Jean C. *American Nursing: An Introduction*. Disponível em http://www.nursing.upenn.edu/nhhc/Pages/AmericanNursingIntroduction.aspx. Acesso em 25 abril 2016

CAPÍTULO 2

USO DE METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO APRENDIZAGEM NA FORMAÇÃO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM DA DISCIPLINA INTEGRAÇÃO/ENSINO/SERVIÇO/COMUNIDADE (IESC): AVALIAÇÃO DOS ESTUDANTES

Data de aceite: 01/08/2021

Data de submissão: 06/05/2021

Viviane Michele da Silva
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE
João Pessoa - Paraíba
http://lattes.cnpq.br/9232004755225152

Taciana Aparecida Vieira Moreira
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE
João Pessoa - Paraíba
http://lattes.cnpq.br/0250860039556090

Neirilanny da Silva Pereira
Universidade Gama Filho – UGF
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro
http://lattes.cnpq.br/5367252661470761

Alexsandra de Luna Freire Holanda
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança
João Pessoa - Paraíba
http://lattes.cnpq.br/6061492331116919

Roseane Solon de Souza Oliveira
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança
João Pessoa - Paraíba
http://lattes.cnpq.br/4623952402809084

Janete da Silva Nunes
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança
João Pessoa - Paraíba
http://lattes.cnpq.br/2852819401381187

Maria da Luz Batista Pereira
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança
João Pessoa - Paraíba
http://lattes.cnpq.br/1591184722592334

RESUMO: Metodologias ativas são estratégias que fazem do aluno o protagonista no processo de ensino-aprendizagem, estimulando o abandono da zona de conforto e engrandecendo o posicionamento na construção do saber. Trata-se de um relato de experiência vivenciada por acadêmicos de enfermagem na disciplina IESC - Integração/Ensino/Serviço/Comunidade, mediante o uso de metodologias ativas. A disciplina IESC está inserida na grade curricular da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, localizada no município de João Pessoa - PB. Foi realizada uma ação educativa em saúde sobre o tema higienização dos alimentos para crianças por meio do lúdico, com utilização de uma paródia. Foram utilizados alguns artigos que descrevem a importância das metodologias ativas, bem como a paródia na perspectiva de absorção do conteúdo cientifico transmitido. Os resultados, após a ação, apontaram para a compreensão e fixação das condutas de higiene dos alimentos pelas crianças. As atividades ligadas ao lúdico se destacam, pois favorecem o desenvolvimento de novas habilidades comunicativas de alunos que serão futuros profissionais.

PALAVRAS - CHAVE: Metodologias Ativas. Aprendizagem. Enfermagem.

USE OF ACTIVE TEACHING-LEARNING METHODOLOGIES IN THE TRAINING OF NURSING STUDENTS IN THE DISCIPLINE INTEGRATION/TEACHING/SERVICE/COMMUNITY (IESC): STUDENTS' EVALUATION

ABSTRACT: Active methodologies are strategies that make the student the protagonist in the

teaching-learning process, encouraging the student to leave the comfort zone and take a stand in the construction of knowledge. This is an experience report lived by nursing students in the subject IESC - Integration/Teaching/Service/Community, under the use of active methodologies. The subject IESC is included in the curriculum of the Nova Esperança College of Nursing, located in João Pessoa, PB. A health educational action was carried out on the topic of food hygiene for children through playfulness, using a parody. Some articles describing the importance of active methodologies were used, as well as the parody from the perspective of absorbing the scientific content transmitted. The results, after the action, pointed to the understanding and fixation of food hygiene conducts by the children. The activities linked to playfulness stand out, as they favor the development of new communicative skills of students who will be future professionals.
KEYWORDS: Active Methodologies. Learning. Nursing.

INTRODUÇÃO

A educação em saúde corresponde a um conjunto de ações utilizadas para contribuir para a melhoria das condições de vida e saúde da população, estimular a reflexão crítica sobre os diversos contextos que envolvem o autocuidado, bem como incitar a mudança de comportamento. Neste contexto, as metodologias ativas vêm fortalecer a capacidade de comunicação com a comunidade e garantir a qualidade das ações realizadas, facilitando a transmissão da mensagem proposta (CARVALHO; MONTENEGRO, 2012; GONÇALVES *et al*., 2020).

As metodologias ativas são estratégias que tornam os alunos protagonistas no processo de ensino-aprendizagem. Essa abordagem didática difere da tradicional por estimular o aluno a sair de sua zona de conforto e assumir um novo posicionamento na construção do saber; promove a autonomia do educando, despertando a curiosidade e estimulando a tomada de decisão individual e coletiva, decorrente das ações essenciais da prática social. As atividades educativas, que podem ser propostas e desenvolvidas pelos próprios alunos, devem buscar meios de comunicação que abordem questões relevantes para o cotidiano do público-alvo, permitindo-lhes identificar-se com a situação apresentada e envolver-se de forma mais ativa na mudança de hábitos (BORGES; ALENCAR, 2014; PISCHETOLA; MIRANDA, 2019).

Para a aplicação de metodologias ativas, podem-se utilizar atividades lúdicas, pois são estratégias de ensino que motivam a aprendizagem, proporcionam uma experiência flexível e participativa e facilitam a assimilação das informações oferecidas. As atividades lúdicas são ações vividas e sentidas, não definíveis em palavras, mas compreendidas através do prazer (PAIXÃO *et al*., 2017; SILVA; RAGGI, 2019). O lúdico é considerado uma forma mais eficaz de aproximação das expectativas e vivências das pessoas, permitindo a identificação das situações apresentadas (CARVALHO; MONTENEGRO, 2012).

Diante do exposto, este relato tem como objetivo descrever uma experiência de

educação em saúde, desenvolvida por acadêmicos de enfermagem por meio do uso de metodologias ativas com o lúdico, utilizando a paródia para atrair o público infantil, estimulando a prevenção da saúde por incentivo da lavagem dos alimentos antes da ingestão.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência sobre a utilização de metodologias ativas na educação em saúde voltadas à higiene dos alimentos para o público infantil, por meio do lúdico e apresentação de paródia, vivenciada por acadêmicos de enfermagem do 5° período na disciplina IESC - Integração/Ensino/Serviço/Comunidade, requisito curricular da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, localizada em João Pessoa - PB. A atividade foi realizada em duas etapas:

A primeira etapa, o planejamento - os acadêmicos construíram a paródia, buscando apresentar o quão sujo um alimento pode ser devido à presença de microrganismos; os problemas que podem surgir se a lavagem não for feita e o passo a passo para uma correta desinfecção. Em seguida, foi discutida a caracterização quanto à vestimenta dos participantes.

A segunda etapa, execução da atividade - estavam envolvidos em média 25 crianças (público) com cinco a oito anos de idade, a docente da disciplina para acompanhar e avaliar o desempenho dos 05 acadêmicos que promoveram a educação em saúde. Os acadêmicos estavam caracterizados de algumas frutas e legumes, como morango, maçã, uva, alface e brócolis. Quando iniciaram a atividade, deram "vida" às frutas e legumes, cantaram e dançaram com o auxílio de instrumentos musicais, a paródia que trazia na letra toda a exposição pretendida. Finalizaram com a enfatização de falas preventivas à saúde. Após, três crianças foram convidadas a dar um feedback do que foi transmitido e do que ficou compreendido. Toda a ação foi desenvolvida em sala de aula, no turno da manhã.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Constatou-se que a atividade proporcionou o esclarecimento de dúvidas sobre a forma correta de higienizar os alimentos e a quantidade adequada de desinfetante adicional. O procedimento de higienização dos alimentos designado na prática educativa, seguiu o que preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), visando a eliminação de micróbios e parasitas patogênicos. As crianças, de acordo com o que se pretendia, foram estimuladas a adotar ou aperfeiçoar as medidas preventivas estabelecidas e, novas perspectivas foram construídas.

O uso da paródia como metodologia ativa no processo de ensino e aprendizagem mostrou-se de importante relevância, pois deu luz à imaginação, despertou a criatividade e possibilitou a socialização. Quando bem trabalhada, a atividade lúdica pode não apenas

facilitar a aprendizagem, mas também o desenvolvimento pessoal, social e cultural e, consequentemente, facilitar a comunicação, expressão, memorização de informações e construção de conhecimento (PAIXÃO *et al.*, 2017; FAUSTINO *et al.*, 2020).

Silva e Santos (2017, p. 1) afirmam que:

> O uso de paródias [...] é uma metodologia que visa a interação do educando com o conteúdo de forma mais atrativa. O educando compreende a dimensão do conhecimento a partir de um produto já existente, a música, e de outro que é gerado, a Paródia. Essa transformação torna-se interessante porque facilita a assimilação do conteúdo e porque é feita com um ritmo musical capaz de cativar.

A melodia presente na paródia, associada a um hit que muitas vezes é cantado, ativa a memória e, por estar diretamente relacionada às emoções, ajuda a memorizar o ensinamento que está sendo transmitido, aproximando-o e despertando o interesse dos educandos no assunto (LIMA *et al.*, 2018; MORAES; GOMES; MIRANDA, 2019).

A facilidade encontrada na atividade de educação em saúde foi a elaboração, pois foi possível perceber um comprometimento plausível de todo o grupo responsável pela execução. Já, as dificuldades, estavam relacionadas à timidez, o que se tornou possível identificar na interpretação da paródia e no uso trêmulo das falas. Toda a ação integrativa desenvolvida, com o uso da metodologia ativa, foi apreciada pelas crianças por ter sido conduzida de forma dinâmica e divertida, atraindo atenções, bem como pela docente da disciplina que proferiu um discurso honroso. O sentimento dos acadêmicos foi de satisfação por terem uma resposta positiva ao que foi proposto e exposto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dinamicidade dessa atividade de educação em saúde por meio do uso de metodologia ativa, proporcionou descobrir a importância de se pensar no público que será assistido e, como a ludicidade promove o envolvimento dos participantes e a compreensão rápida do que se está apresentando.

Nesse contexto, o processo de ensino-aprendizagem, só enriquece, capacita e, principalmente, dar empoderamento aos acadêmicos, formando pessoas capazes de conviver e se envolverem com a população, e através deste envolvimento, adquirir experiência, agregar conhecimento e ofertar um cuidado integral e humanizado.

REFERÊNCIAS

BORGES, T. S.; ALENCAR, G. Metodologias ativas na promoção da formação crítica do estudante: o uso das metodologias ativas como recurso didático na formação crítica do estudante do ensino superior. **Cairu em Revista**, v. 3, n. 4, p. 119-143, 2014. Disponível em: https://ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/napecco/Metodologias/Metodologias%20Ativas%20na%20Promocao%20da%20Formacao.pdf. Acesso em: 30 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. **Na cozinha com as frutas, legumes e verduras**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cozinha_frutas_legumes_verduras.pdf. Acesso em: 03 mai. 2021.

CARVALHO, B. G. C.; MONTENEGRO, L. C. Metodologias de comunicação no processo de educação em saúde. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 2, n. 2, p. 279-287, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.19175/recom.v0i0.148. Acesso em: 30 abr. 2021.

FAUSTINO, D.; MORAES, M.; SOUZA, J. L. C.; MIRANDA, J. C. Utilização de paródias musicais como ferramenta de ensino para as teorias evolutivas. **Scientia Vitae**, v. 10, n. 29, p. 1-10, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/348431843_Utilizacao_de_parodias_musicais_como_ferramenta_de_ensino_para_as_teorias_evolutivas. Acesso em: 04 mai. 2021.

GONÇALVES, R. S.; CARVALHO, M. B.; FERNANDES, T. C.; VELOSO, L. S. L *et al*. Educação em saúde como estratégia de prevenção e promoção da saúde de uma unidade básica de saúde. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 3, p. 5811-5817, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.34119/bjhrv3n3-144. Acesso em: 30 abr. 2021.

LIMA, L. A.; COLAÇO, N. J. O.; LIMA, R. A.; CASEMIRO, T. C *et al*. Musicalizando a Biologia: cantando e encantando através de paródias. **Revista Ciência em Extensão**, v. 14, n. 2, p. 147-158, 2018. Disponível em: https://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/1700. Acesso em: 05 mai. 2021.

MORAES, M.; GOMES, D. F.; MIRANDA, J. C. O uso de paródias musicais no ensino de Zoologia: Platyhelminthes. **Revista Educação Pública**, v. 19, n. 18, 2019. Disponível em: https://educacaopublica.cecierj.edu.br/artigos/19/18/o-uso-de-parodias-musicais-no-ensino-de-zoologia-platyhelminthes. Acesso em: 05 mai. 2021.

PAIXÃO, G. C.; LIMA, L. A.; COLAÇO, N. J. O.; LIMA, R. A *et al*. Paródias no ensino de microbiologia: a música como ferramenta pedagógica. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 1-12, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.29397/reciis.v11i1.1079. Acesso em: 01 mai. 2021.

PISCHETOLA, M.; MIRANDA, L. T. Metodologias ativas: uma solução simples para um problema complexo. **Revista Educação e Cultura Contemporânea**, v. 16, n. 43, p. 30-56, 2019. Disponível em: http://doi.org/10.5935/2238-1279.20190003. Acesso em: 02 mai. 2021.

SILVA, J. A.; SANTOS, A. E. S. O uso de paródias no ensino de botânica. *In*: **Anais do II Congresso Nacional de Pesquisa e Ensino em Ciências**, 2017. Disponível em: http://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/28636. Acesso em: 04 mai. 2021.

SILVA, V. C. M.; RAGGI, D. G. Educação ambiental com atividades lúdicas no ensino infantil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 25, n. 25, p. 1-7, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.25248/reas.e633.2019. Acesso em: 02 mai. 2021.

CAPÍTULO 3

TECNOLOGIAS DIGITAIS PARA O ENSINO DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Data de aceite: 01/08/2021

Data de submissão: 06/05/2021

Letícia Lie Rodrigues
Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP)
Bandeirantes – PR
http://lattes.cnpq.br/0698464845021696

Annecy Tojeiro Giordani
Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP)
Bandeirantes – PR
http://lattes.cnpq.br/7608724073951667

RESUMO: As tecnologias digitais de informação e comunicação (TDIC) estão cada vez mais presentes no cotidiano de indivíduos de todas as classes sociais, econômicas e culturais, assim como, têm sido empregadas no ensino em Saúde e demais áreas do conhecimento. O estudo referente a este capítulo objetiva identificar as TDIC mais utilizadas por professores na graduação em Enfermagem, assim como, levantar suas possíveis contribuições ao processo ensino-aprendizagem. Revisão integrativa da literatura com levantamento de artigos científicos em português e espanhol na base de dados LILACS e nas bibliotecas eletrônicas DEDALUS e SciELO. As tecnologias mais utilizadas pelos professores foram: uso de hipermídia, simulações, recursos audiovisuais e computacionais, ambiente virtual de aprendizagem, softwares educativos, jogos digitais, plataforma moodle, data show, aplicativos, hipertexto e simuladores com realidade virtual. Os estudos selecionados indicam que a utilização das TDIC na graduação em Enfermagem auxilia no processo ensino-aprendizagem, gerando autonomia e interatividade entre o aluno e professor.

PALAVRAS - CHAVE: Professor, Ensino, Tecnologias, Enfermagem.

DIGITAL TECHNOLOGIES FOR NURSING EDUCATION: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Digital information and communication technologies (TDIC) are increasingly present in the daily lives of individuals of all social, economic and cultural classes, as well as have been employed in health education and other areas of knowledge. The study aims to identify the TDIC most used by teachers in undergraduate nursing, as well as to know their effective contributions to the teaching-learning process. Integrative review of the literature with a survey of scientific articles in Portuguese and Spanish in the LILACS database and in the electronic libraries DEDALUS and Scielo. The main technologies found were: use of hypermedia, simulations, audiovisual and computational resources, virtual learning environment, educational software, digital games, data show, apps and hypertext. The present studies indicate that the use of TDIC in nursing major's helps in the teaching-learning process, generating autonomy and interactivity between the student and the teacher.

KEYWORDS: Teacher, Teaching, Technologies, Nursing.

INTRODUÇÃO

Ao decorrer dos anos a utilização de ferramentas tecnológicas se tornou acessível e bastante utilizada na maioria dos países, muito porque a sociedade contemporânea tem acesso cada vez maior a uma diversidade de dispositivos como smartphones, notebooks, tabletes dentre outros que podem ser conectados à Internet a qualquer momento. Na verdade, o surgimento das tecnologias impactou grandemente no meio social abrindo novos horizontes inclusive na educação, o que, por conseguinte, tem feito com que os educadores reflitam sobre os métodos pedagógicos que utilizam para ensinar seus alunos (PARULLA, 2020).

No ensino de Enfermagem não tem sido diferente, recursos tecnológicos estão sendo utilizados tanto no Brasil, como em outros países, como ferramentas de trabalho de milhares de professores tanto na modalidade à distância (EaD) como presencial, possibilitando que o processo ensino-aprendizagem se dê tanto em ambiente virtual de aprendizagem ou como recursos didáticos isolados, como vídeos, jogos e hipertextos. No EaD, por exemplo, são concentradas ferramentas tecnológicas que possibilitam a mediação do processo ensino- aprendizagem, como bate-papo, fórum de discussão, texto colaborativo, entre outros (COGO, 2013).

O uso das tecnologias, vem então colaborando para a substituição de aulas padronizadas, tradicionais, por aulas mais dinâmicas em que as metodologias e ferramentas utilizadas permitem a criação e construção do conhecimento por meio da interação do aluno com o meio em que vive (CONTIN, 2016).

No entanto, alguns fatores limitam a utilização das tecnologias no ensino de Enfermagem, como a deficiência na habilidade e competência dos professores para lidarem com as tecnologias, computadores e rede de internet insuficientes nas universidades, falta de capacitação pedagógica e custo para desenvolvimento de recursos tecnológicos (COGO, 2013).

Sobre este despreparo e desconhecimento dos professores de Enfermagem, autores apontam serem similares ao observado em profissionais de outras áreas do conhecimento, o que se justifica principalmente, pelo fato dos recursos tecnológicos não terem integrado sua formação (COGO, 2013; HOLANDA, 2013).

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi identificar quais tecnologias estão sendo utilizadas na graduação em Enfermagem e levantar quais suas possíveis contribuições ao processo ensino-aprendizagem.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, um método que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados significativos na prática (SOUZA, 2010). Em consonância com os preceitos de Mendes (2010), foram

seguidas as cinco etapas: formulação do problema, coleta de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados. A formulação do problema foi elaborada a partir da questão norteadora: Quais tecnologias digitais estão sendo utilizadas para o ensino de Enfermagem na graduação e quais suas possíveis contribuições ao processo ensino-aprendizagem? A coleta de dados ocorreu nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e nas bibliotecas eletrônicas Scientific Electronic Library Online (SciELO) e DEDALUS. Para a busca, foram empregados os descritores "ensino", "tecnologias" e "enfermagem", extraídos do Banco de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Para a seleção das publicações, os critérios de inclusão foram artigos obtidos em pesquisas que abordassem a temática em estudo no idioma português e espanhol, disponíveis *online* e na íntegra, publicados no período de 2010 a 2020 e que em seus resumos ou títulos tivessem os descritores supracitados. Assim, todos os artigos que não atenderam a estes critérios foram excluídos.

Foi realizada uma leitura minuciosa de cada artigo selecionado para verificação dos que atendiam aos objetivos deste estudo. Para a organização e posterior análise das informações de interesse, utilizou-se um instrumento contendo os seguintes itens: ano de publicação do artigo, origem do país do artigo, título, autor (es), periódico, objetivo (s) do estudo, principais resultados e conclusões. Uma vez organizadas as informações obtidas, foi possível identificar as tecnologias mais utilizadas por professores para o ensino de Enfermagem e as contribuições ao processo ensino-aprendizagem reunidas em um Quadro.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 468 artigos científicos, sendo 326 no LILACS, 31 na SciELO e 111 na DEDALUS, porém, em consonância com os critérios de inclusão, foram selecionados apenas 11 artigos e 2 dissertações de mestrado. Os artigos foram publicados em 11 periódicos a serem: Cogitare Enfermagem (1), Revista Brasileira de Enfermagem (2), Revista Eletrônica de Enfermagem (1), Journal of Health Informatics (1), Revista Ciências Médicas (1), Acta Paulista Enfermagem (1), Ciência y Enfermaria (1), Revista Gaúcha de Enfermagem (1), Revista Enfermagem Atual (1). Revista Nacional Itaguá (1). O período de publicação ficou reduzido de 2013 e 2019, sendo que os anos de 2013 e 2019 concentraram maior número, sendo 3 artigos de 2013 e 3 de 2019.

As tecnologias mais utilizadas para o ensino de Enfermagem são: hipermídia, simulações, recursos audiovisuais e computacionais, Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), softwares educativos, jogos digitais, plataforma moodle, data show, aplicativos e hipertexto. A seguir, o Quadro 1 apresenta todas as tecnologias citadas em cada um dos 13 estudos, além de informar os títulos dos artigos, fonte, categoria dos autores e periódico.

N	TÍTULOS DOS ARTIGOS	FONTE	CATEGORIA DO (S) AUTOR (ES)	PERIÓDICO/ANO	TECNOLOGIAS UTILIZADAS
1	Hipermídia educacional sobre punção venosa periférica: perspectiva de acadêmicos de enfermagem	LILACS	ENFERMAGEM E DISCENTE EM ENFERMAGEM	Cogitare Enferm / 2014	Hipermídia
2	Ambiente virtual de aprendizagem no ensino de enfermagem: relato de experiência	SCIELO	ENFERMAGEM	Revista Brasileira de Enfermagem / 2012	Ambiente virtual de aprendizagem (AVA)
3	Análise da produção científica nacional sobre a utilização de tecnologias digitais na formação de enfermeiros	LILACS	ENFERMAGEM	Revista Eletrônica de Enfermagem / 2013	Softwares educativos, as multimídias interativas (CD ROM), as simulações virtuais, os hipertextos, os jogos digitais, o website e os grupos virtuais de discussão
4	Jogo educativo de administração de medicamentos: um estudo de validação	LILACS	ENFERMAGEM	Revista Brasileira de Enfermagem / 2014	Jogo educativo
5	Recursos tecnológicos na educação em enfermagem	LILACS	ENFERMAGEM	Journal Of Health Informatics / 2013	Práticas pedagógicas/ EAD
6	Uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones en la carrera de Enfermería	LILACS	MEDICINA	Revista Ciências Médicas / 2019	Smartphones, laptops e tablet
7	Plataforma Moodle na construção do conhecimento em Terapia Intensiva: estudo experimental	SCIELO	ENFERMAGEM	Acta Paulista Enfermagem / 2016	Plataforma Moodle, AVA
8	Utilização de tecnologias educacionais digitais no ensino de enfermagem	SCIELO	ENFERMAGEM	Ciencia y Enfermeria / 2013	Recursos de vídeos
9	Protótipo de um Ambiente Virtual de Aprendizagem para utilização da metodologia Lean Healthcare em unidades de internação hospitalar	DEDALUS	ENFERMAGEM	Dissertação de Mestrado	Ambiente Virtual de aprendizagem (AVA)
10	Contribuições das tecnologias educacionais digitais no ensino de habilidades de enfermagem: revisão integrativa	SCIELO	ENFERMAGEM	Revista Gaúcha de Enfermagem / 2017	Materiais digitais como: vídeos, ambientes virtuais, aplicativos, hipertexto, jogos e simuladores com realidade virtual

11	Ferramentas virtuais como recursos didáticos pedagógicos complementares na graduação presencial em enfermagem: uma revisão sistemática da literatura (2006 a 2017)	DEDALUS	ENFERMAGEM	Dissertação de Mestrado	Fórum online, plataforma Moodle, biblioteca virtual, e-mails, chat, vídeos, animações
12	Tecnologias educacionais na graduação em enfermagem: um dinamizador do processo de ensino	LILACS	ENFERMAGEM E DOUTORA EM LETRAS	Revista Enfermagem Atual / 2017	Data show
13	Usos de las tecnologías de la información y la comunicación en la Carrera de Enfermería, UNA, Paraguay 2017	LILACS	ENFERMAGEM	Rev. Nac. (Itaguá) / 2019	Mídias audiovisuais e computacionais

Quadro 1 – Distribuição dos artigos segundo título, fonte, categoria do (s) autor (es), periódico/ ano de publicação e tecnologias utilizadas por professores para o ensino Enfermagem na graduação.

Fonte: as autoras (2021).

Frota (2014) cita a hipermídia como tecnologia utilizada em seu estudo, com resultado positivo nos alunos, porém, alguns tiveram dificuldade de acesso devido ao servidor utilizado. A hipermídia é uma plataforma que integra vários tipos de mídia, como textos, áudios, vídeos, animações e gráficos, o que permite a complementação do conteúdo teórico fornecido em sala de aula, disponibiliza aos alunos materiais adicionais como vídeos e atividades complementares. A utilização de uma hipermídia contribui para uma nova forma de aprender, uma vez que utiliza uma metodologia por meio da qual o aluno estuda por ele mesmo, de acordo com a sua flexibilidade, de modo a aproveitar melhor os conteúdos teóricos e desencadeando um processo que repercutirá na sua vida profissional. Portanto, ele não somente aprende assumindo responsabilidades, como também, valoriza a comunicação *online* entre os professores e alunos (FROTA et al., 2014; COGO et al., 2013).

Outra tecnologia citada por Prado (2012), foi a plataforma nominada ambiente virtual de aprendizagem (AVA), uma ferramenta de ensino-aprendizagem que possibilita ao aluno interagir com o professor. O AVA mostrou-se interessante e uma boa estratégia para a construção do conhecimento, uma vez que constrói e sintetiza os conteúdos trabalhados das vivências explicitadas, possibilita também, o estilo de aprendizagem e permite o gerenciamento do tempo da forma que melhor se adeque a cada aluno (PRADO et al., 2012).

Já, a plataforma Moodle, é um software livre que possibilita a interação, participação e cooperação dos alunos para a construção do conhecimento, permitindo a aprendizagem colaborativa e contribui com a disseminação das tecnologias da educação e suas vantagens,

principalmente pela flexibilização e custo para a implantação e a utilização (DOMENICO et al., 2016).

Outras tecnologias apontadas nos estudos selecionados foram os softwares educacionais, ofertados no sistema tradicional e usados em sala de aula, onde o aluno escolhe o que deseja estudar. Os softwares são classificados como jogos e simuladores, sendo que os jogos apresentam componente lúdico e entretenimento. A simulação envolve a criação de modelos dinâmicos e simplificados do mundo real, em contexto abordado, oferecendo a possibilidade de o aluno desenvolver hipóteses, testá-las, analisar resultados e refinar conceitos.

Por sua vez, o uso de CD-ROM pode auxiliar o aluno a vivenciar situações parecidas com a realidade, pois é um recurso didático que objetiva criar ambientes de ensino-aprendizagem que favoreçam a postura crítica, a curiosidade, a observação e a análise de forma que o aluno possa ter autonomia no processo ensino-aprendizagem.

Já, os jogos educativos, mencionados no artigo "Jogo educativo de administração de medicamentos: um estudo de validação", teve seus objetivos alcançados pelos alunos e professores e também são considerados uma tecnologia pedagógica estatisticamente válida (HOLANDA et al., 2013; MOREIRA et al., 2014).

Por sua vez, a simulação oferece maior precisão e realismo, pois auxilia os alunos de Enfermagem a compreender a anatomia envolvida no processo de realização do procedimento, sendo um facilitador nas habilidades manuais. É possível repetir várias vezes os procedimentos manuais no manequim, o que dá confiança ao aluno e colabora na segurança do paciente reduzindo o risco de danos (SILVEIRA et al., 2017).

Entretanto, muitas destas tecnologias não estão ao alcance dos professores, e então, acabam por se utilizaram somente do datashow, um recurso tecnológico que possibilita a apresentação de vídeos, possibilitando aos alunos compreenderem melhor o conteúdo (FLORÊNCIO et al., 2017).

Smartphones, laptops e tablets, também são considerados tecnologias e dentre os aparelhos eletrônicos, são os mais acessíveis num mundo globalizado, onde a maioria dos alunos possui acesso à internet (CASTILLO et al., 2019).

De um modo geral, as tecnologias estão sendo cada vez mais utilizadas no cotidiano de milhões de pessoas, e por serem acessíveis e adaptáveis tem sido incorporadas como ferramentas por muitas instituições de ensino, o que tem contribuído para mudanças nos conceitos da pedagogia tradicional e do ensino, com vista à uma aprendizagem mais construtiva e participativa (CASTILLO et al., 2019).

Vale ressaltar que, o uso das tecnologias com fins de ensino na graduação em Enfermagem, pode servir de subsidio para uma formação que vai além da sala de aula, possibilitando com que o aluno escolha o momento certo para a aprendizagem (FROTA, 2014).

Em contrapartida, muitos alunos possuem resistência ao utilizar as tecnologias no

ensino, pois para muitos, é um sinal de que o professor não quer dar aula e, por isso, está utilizando algum método de ensino diferenciado. Mas, o uso de tecnologias digitais no ensino, aponta melhorias na aprendizagem, principalmente pela possibilidade de articulação dos conteúdos teóricos apreendidos durante as aulas (FLORÊNCIO et al., 2017).

Porém, para desenvolver o processo ensino-aprendizagem utilizando as tecnologias, é necessário que professores e alunos estejam empenhados, o que implica no repensar das modalidades e metodologias de ensino que os professores têm utilizado para, então, proporem-se a elaborar estratégias pedagógicas que valorizem a utilização em suas aulas de recursos tecnológicos (HOLANDA, 2013).

Tobase (2013) ressalta que a informática em Enfermagem não se restringe somente ao uso de computadores, posto serem apenas um mero instrumento dentre as inúmeras ferramentas tecnológicas que podem ser aplicadas no ensino de vários conteúdos e componentes na graduação em Enfermagem. Por outro lado, é preciso haver a criação e validação de novas tecnologias na Enfermagem, principalmente educacionais, para conquistar a atenção dos alunos quando temas não atraentes ou muito complexos forem abordados, já que aulas expositivas são muito desmotivadoras (MOREIRA et al., 2014).

Os 13 estudos selecionados indicam que a utilização de tecnologias na graduação em Enfermagem tem resultados muito positivos, sendo que as tecnologias variam desde o uso de plataformas até o uso de eletrônicos. O uso das tecnologias, auxiliam na aprendizagem, dando autonomia e interatividade entre o aluno e o professor, complementando as aulas tradicionais. Entretanto, faz-se necessário que as instituições de ensino invistam em infraestrutura para aumentar a adoção de recursos tecnológicos, pois há grande interesse dos alunos na utilização das TDIC como apoio ao processo de ensino-aprendizagem (SILVA, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora, os estudos analisados apontem que as tecnologias educacionais são de grande valia por facilitarem o processo ensino-aprendizagem, fato relatado inclusive por alunos, os 13 estudos selecionados indicam que cursos de graduação em Enfermagem têm grande escassez de métodos de ensino com uso de recursos tecnológicos empregados por seus professores.

Na verdade, para os professores utilizarem as tecnologias educacionais, precisam ter conhecimento e preparo, ou seja, formação continuada que os capacite a trabalharem com dispositivos, recursos e ferramentas tecnológicas para ensinar seus alunos. Além disso, é preciso que os gestores das instituições de ensino superior (IES), principalmente as públicas, disponibilizem recursos financeiros para que sua utilização seja adequadamente viabilizada em consonância com cada contexto educacional.

Em especial, nas universidades públicas, parece que as tecnologias educacionais

têm sido empregadas gradativamente com fins de facilitar a aprendizagem dos alunos, quando então, parte dos professores tem feito uso de plataformas, vídeos, simulações, jogos e outros.

É bem verdade que com a pandemia da Covid-19 que levou milhões de pessoas ao isolamento social, o EaD e o ensino remoto se tornaram um grande desafio para milhares de professores que estavam acostumados apenas com aulas presenciais e metodologia tradicional. Todos, escolas, professores e alunos tiveram que rapidamente se adaptar a um novo formato de possibilidades para ensinar e aprender, na verdade, um imenso e angustiante desafio para a grande maioria. Porém, quem já estava acostumado a utilizar as tecnologias à educação, acabou por enxergar preciosas oportunidade nesta experiência inédita.

REFERÊNCIAS

CASTILLO, Adrián Alejandro Vitón et al. **Uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones en la carrera de Enfermería**. v. 23, n. 3, 2019.

CÉSPEDES, Cornelia Bernal. **Usos de las tecnologías de la información y la comunicación en la Carrera de Enfermería**, UNA, Paraguay 2017. Rev. Nac. (Itauguá). v. 11, n. 1, 2019.

COGO, Ana Luisa Petersen et al. **Utilização de tecnologias educacionais digitais no ensino de enfermagem**. CIENCIA Y ENFERMERIA. v. 19, n. 3, 2013.

COGO, Ana Luisa Petersen et al., **Tecnologias digitais no ensino de graduação em enfermagem: as possibilidades metodológicas por docentes**. Revista Eletrônica de Enfermagem. v. 13, n. 4, 2011.

CONTIN, Ailton Alex. **Educação e Tecnologias**. Londrina. Editora e Distribuidora Educacional S.A, 2016.

DOMENICO, Edvane Birelo Lopes de.; COHRS, Cibelli Rizzo. **Plataforma Moodle na construção do conhecimento em Terapia Intensiva: estudo experimental**. Acta. Paul. Enferm. v. 29, n. 4, 2016.

FLORÊNCIO, Marlene Vitorino et al. **Tecnologias educacionais na graduação em enfermagem: um dinamizador do processo de ensino**. Revista Enfermagem Atual. Edição Especial, 2017.

FROTA, Natasha Marques et al. **Hipermídia educacional sobre punção venosa periférica: perspectiva de acadêmicos de enfermagem**. Revista Cogitare Enfer. v. 19, n. 4, 2014.

HOLANDA, Viviane Rolim de. et al. **Análise da produção científica nacional sobre a utilização de tecnologias digitais na formação de enfermeiros**. Revista Eletrônica de Enfermagem. v. 15, n. 4, 2013.

MENDES, Karina Dal Sasso et al., **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. Texto Contexto Enferm. v. 17, n. 4, 2008.

MOREIRA, Amanda Portugal de Andrade et al. **Jogo educativo de administração de medicamentos: um estudo de validação**. Revista Brasileira de Enfermagem. v. 67, n. 4, 2014.

PARULLA, Cibele Duarte et al., **Avaliação de enfermagem: elaboração e desenvolvimento de um curso massivo, aberto e online**. Revista Gaúcha de Enfermagem. v. 41. Edição Especial, 2020.

PRADO, Cláudia et al. **Ambiente virtual de aprendizagem no ensino de Enfermagem: relato de experiência**. Revista Brasileira de Enfermagem. v. 65, n. 05, 2012.

SILVA, Diângeles. Chagas Inocêncio da. **Protótipo de um Ambiente Virtual de Aprendizagem para utilização da metodologia Lean Healthcare em unidades de internação hospitalar**. 2019. 116f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2019

SILVA, Iza Sherolize; MARQUES, Isaac Rosa. **Conhecimento e barreiras na utilização dos recursos da Tecnologia da Informação e Comunicação por docentes de enfermagem**. Journal of Health Informatics. v. 3, n. 01, 2011.

SILVEIRA, Mauricio de Souza; COGO, Ana Luisa Petersen. **Contribuições das tecnologias educacionais digitais no ensino de habilidades de enfermagem: revisão integrativa**. Revista Gaúcha de Enfermagem. v. 38, n. 02, 2017.

SOUZA, Marcela Tavares; SILVA, Michelly Dias Da; CARVALHO, Rachel De. **Revisão integrativa: o que é e como fazer**. Einstein. v. 8, n. 1, 2010.

TOBASE, Lucia et al., **Recursos tecnológicos na educação em enfermagem. Journal of Health Informatics**. v. 5, n. 03, 2013.

VIANA, Delaine Borin Gibeli. **Ferramentas virtuais como recursos didáticos-pedagógicos complementares na graduação presencial em enfermagem: uma revisão sistemática da literatura (2006 a 2017**). 2018. 92f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2018

CAPÍTULO 4

EDUCAÇÃO PERMANENTE: PERSPECTIVAS DA ENFERMAGEM DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SEGUNDO A FENOMENOLOGIA DE SCHUTZ

Data de aceite: 01/08/2021
Data de submissão: 28/06/2021

Marta Pereira Coelho
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Centro Universitário Norte do Espírito Santo (CEUNES), Departamento de Ciências da Saúde (DCS). São Mateus - Espírito Santo
https://orcid.org/0000-0002-2046-6954

Adriana Nunes Moraes-Partelli
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Centro Universitário Norte do Espírito Santo (CEUNES), Departamento de Ciências da Saúde (DCS). São Mateus - Espírito Santo
https://orcid.org/0000-0002-2046-6954

Danieli da Silva Siqueira
Estratégia de Saúde da Família unidade Centro - Sooretama – Espírito Santo - ES
https://orcid.org/.0000-0002-2429-1573

Cássia dos Santos de Meneses Souza
Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) - Cento Universitário Norte do Espírito Santo (CEUNES) - São Mateus – Espírito Santo - ES.
https://orcid.org/0000-0002-6699-2888

RESUMO: Objetivo: Compreender a perspectiva da equipe de enfermagem acerca da educação permanente no exercício de suas funções laborais. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa descritiva, com caráter sociológico fenomenológico. Realizada no norte do Espírito Santo em dezoito unidades da atenção primária, com enfermeiros e técnicos de enfermagem no período de 2017/2 a 2018/2, aprovado pelo Comitê de Ética sob CAEE 78752417.9.0000.5063. **Resultados**: Emergiram três categorias segundo a perspectiva fenomenológica de Alfred Schultz: Conhecer a educação permanente em saúde e aplicar na execução do cuidado; Significado da educação permanente na atividade de cuidar e Projetar melhorias no cuidado de enfermagem através da educação permanente. **Conclusão:** Foi possível identificar a importância da educação permanente, juntamente com suas dificuldades na implantação da política de educação permanente em saúde, devido a grande demanda de atendimento nas unidades, percebe-se que os profissionais desejam obter atualização das praticas visando a qualificação nos conhecimentos e aperfeiçoamento das técnicas cotidianas para atender melhor a população.

PALAVRAS - CHAVE: Educação Permanente. Enfermagem. Equipe de Enfermagem.

PERMANENT EDUCATION: PERSPECTIVES OF FAMILY HEALTH STRATEGY NURSING ACCORDING TO SCHUTZ'S PHENOMENOLOGY

ABSTRACT: **Objective:** To understand the perspective of the nursing team about continuing education in the exercise of their labor functions. **Methodology:** Descriptive qualitative research, with a phenomenological sociological character. Carried out in the north of Espírito Santo in eighteen primary care units, with nurses and nursing technicians from 2017/2 to 2018/2, approved by the Ethics Committee under CAEE

78752417.9.0000.5063. **Results:** Three categories emerged according to Alfred Schultz's phenomenological perspective: Knowing permanent health education and applying it in the execution of care; Meaning of continuing education in the activity of caring and Projecting improvements in nursing care through continuing education. **Conclusion:** It was possible to identify the importance of continuing education, along with its difficulties in implementing the policy of continuing education in health, due to the great demand for care in the units, it is clear that professionals want to update practices aimed at qualifying knowledge and improvement of daily techniques to better serve the population.
KEYWORDS: Permanent Education. Nursing. Nursing Team.

1 I INTRODUÇÃO

O termo educação permanente (EP) aparece, pela primeira vez na França, em 1955, utilizada por Pierre Furter num projeto de reforma de ensino e tinha a tarefa de continuar a formação fora da escola (BRANQUINHO *et al*, 2012).

No Brasil, em 2004, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), como estratégia para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do SUS (BRASIL, 2004). Baseado nessa política, criou-se em 2005 os Polos de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), nas regiões de saúde do país, com a finalidade de gerir os processos de formação e capacitação dos trabalhadores do setor saúde em seu território de abrangência (CARDOSO, 2012).

Em 2007 PNEPS foi alterada pela Portaria GM/MS nº 199615. Com isso inicia a segunda fase da PNEPS com mudanças conceituais e metodológicas em relação à condução da PNEPS(LEMOS, 2016).Observa-se a necessidade de disseminação da ideia de qualificação para os profissionais, sendo a educação permanente um instrumento.

Assim, nos reportamos as Estratégias de Saúde da Família (ESF) que é um modelo importante de reorganização do sistema de serviços de saúde (CAMARGO; ANJOS; AMARAL, 2013).

Portanto, a educação permanente se torna um dos desafios impostos pelas várias missões da ESF e a implantação de um novo instrumento converge com a construção de valores, métodos e práticas democratizantes de gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde(SUS), visando sua qualificação e enriquecimento (TESSER, et al. 2011).

Tendo em vista essa notória contribuição da ESF, pouco se sabe como está o cenário da educação permanente nas unidades básicas de saúde, havendo a necessidade de novas pesquisas para responder a questão norteadora: Existe educação permanente para as equipes de Estratégia da Saúde da Família? Como o profissional de enfermagem da atenção básica percebe a presença, ou não, da educação permanente? Portanto o objeto dessa pesquisa é compreender a perspectiva da equipe de enfermagem acerca da educação permanente no exercício de suas funções laborais.

2 | METODOLOGIA

Estudo de abordagem qualitativa, descritivo exploratório, realizado através de entrevista com dados biográficos e questionário aberto, semi- estruturado, tendo caráter sociológico fenomenológico.

O estudo foi realizado em 15 (quinze) das 24(vinte e quatro) unidades de saúde de um município de 150 mil habitantes localizado na região Norte do Espírito Santo. Participaram do estudo 24 profissionais de saúde dentre eles enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Os dados foram coletados em campo, conforme conveniência do participante entre Dezembro de 2017 e maio de 2018, após a autorização do Comitê de Ética CAAE: 78752417.9.0000.5063. Foram considerados os critérios de inclusão: disponibilidade voluntária em participar do estudo; ser enfermeiro ou técnico de enfermagem e exercer as atividades laborais nas unidades de saúde há mais de um ano. E como critérios de exclusão profissional que se recusar a participar da pesquisa; Profissional que não estiver vinculado ao SUS; Se recusar a assinar ao TCLE; profissional que estiver exercendo suas atividades há menos de um ano.

A análise das entrevistas foi embasada na perspectiva da fenomenologia social Alfred Schultz para contemplação da natureza dos participantes. Optou-se por identificação em siglas e numeral para expressar as significações, e manter o anonimato (Enf. 1 e TEC.1 e assim sucessivamente). As várias leituras das entrevistas propiciou a apreensão do conteúdo comum das falas dos diferentes enfermeiros e técnicos participantes do estudo, possibilitando assim, categorizar através do que emergir durante a aplicação do questionário, onde emergirão a intencionalidade e típico vivido. A intencionalidade do tipo vivido dos participantes, através dos **motivos para** e os **motivos porque.**

Para que seja possível obter diferentes significados, a pesquisa usará como análise e interpretação, categorias que irão variar em função da intersubjetividade de cada pesquisado. E que, para que seja possível chegar ao típico da ação dos sujeitos, torna-se necessário utilizar a metodologia citada por Messias (2014).

Schutz (1979) afirma que para compreender alguém é preciso estar aberto para captar os motivos, já que esses acontecem na relação face a face, que tem toda a subjetividade. Para compreender o significado da ação, faz-se necessária a captação desses motivos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para captar os dados das entrevistadas, foram utilizadas questões que permitiam traçar um quadro de caracterização dos enfermeiros e técnicos de enfermagem participantes.

Foram entrevistados 12 (doze) enfermeiros e 13 (treze) técnicos de enfermagem. Dos 25 participantes, 56% possuíam idade entre 22 a 35 anos, desses 60% eram casados,

32% solteiros e 8% divorciados. A que a maioria dos participantes declarou pertencer à cor parda(48%), branca(40%), negra(8%) e amarela (4%).

Com relação aos cursos realizados pelos enfermeiros, 83,3% afirmaram ter concluído pelo menos um curso de especialização, e foi possível observar que todos esses possuíam pelo menos uma capacitação voltada à atenção primária à saúde, apenas dois enfermeiros disseram nunca ter realizado nenhum tipo de especialização, nenhum deles afirmou ter concluído mestrado ou doutorado na área.

A maioria dos participantes (60%), possuem tempo de atuação na saúde coletiva inferior a cinco anos e 44% já atuaram em hospitais.

Todos os participantes afirmaram participar das educações permanentes que ocorrem unidade de saúde. Grande parte dos enfermeiros (96%), relataram realizar educação permanente nas unidades, apenas um relatou não realizar nenhuma educação permanente em seu local de trabalho.

Quando questionados em relação à frequência que os enfermeiros e os técnicos realizaram educação permanente, ouve uma distribuição de valores, 33,3% mensal, 25% de acordo com necessidade apresentada na unidade, 16,6% semanal e 8,3% anual.

Ao serem questionados sobre o desejo de receber mais encontros de educação permanente, 66,6% dos enfermeiros disseram que desejam obter mais encontros, enquanto 33,3% relataram não haver necessidade. Enquanto entre os técnicos de enfermagem por unanimidade demonstraram querer mais educações permanentes.

Para que a EPS seja compreendida em sua totalidade, requer que seus atores se percebam como participantes sanitários e se sintam convocados à criação, à abertura e ao coletivo. O investimento pedagógico para quebrar o que está posto, precisa ampliar as noções de autonomia do outro e constituir espaços criativos e sensíveis na produção da saúde, oportunizando ao sujeito sanitário opinar, contribuir na construção do seu próprio processo de formação e participar dele (COELHO; VASCONCELLOS; DIAS, 2017).

Estudos apontam dificuldades quanto à realização de ações de EPS nas instituições de saúde, principalmente, no que consta à baixa adesão dos profissionais nas atividades educativas, ocasionado pela resistência deles, por se considerarem detentores dos conhecimentos necessários a promoção de saúde (MICCAS; BATISTA, 2014).

As falas obtidas durante a pesquisa possibilitaram a construção de três categorias resultantes da análise fenomenológica de Alfred Schutz, que são denominadas concretas e constituem sínteses objetivas dos diferentes significados da ação que emergem das experiências dos participantes (SCHUTZ, 2012).

Conhecer a educação permanente e aplicar na execução do cuidado

Ao serem questionadas sobre o conceito do termo educação permanentes em saúde de acordo com cada perspectiva, os enfermeiros e técnicos de enfermagem relataram que se tratava de uma atualização de conhecimentos necessária devido às mudanças recorrentes

no âmbito da área da saúde. Os profissionais da área da enfermagem encontram desafios para trabalhar com modelos distintos de saúde que favoreçam mudanças significativas nas práticas em saúde. Com vista a isso, investe-se na EPS, estratégia política pedagógica que emergiu em âmbito internacional (LAVICH et al, 2017).

A EPS é uma proposta para a formação que busca valorizar o saber e o fazer dos profissionais da saúde e dos usuários que interagem e intervém a partir da reflexão das práticas de saúde, baseada na aprendizagem significativa e na perspectiva de transformação das práticas profissionais (MICCAS; BATISTA, 2014).

Alguns autores afirmam que a EPS configura-se, ao mesmo tempo, como uma prática de ensino-aprendizagem e uma política de educação realizada na área da saúde. Como prática de ensino-aprendizagem, ela se apropria da realidade vivenciada no cotidiano do trabalho em saúde e dos problemas e experiências dos atores envolvidos, a partir dos quais se produzem conhecimentos que geram melhorias no serviço prestado. Alguns relatos relacionados a essa categoria encontram-se a seguir:

> "Uma forma de constante atualização sobre o conhecimento, no nosso caso na área da saúde para que podemos aperfeiçoar as nossas técnicas no trabalho" (TÉC07);
>
> "É um modo que você tem de se manter sempre atualizado e atualizar a equipe inteira"(ENF08).

O setor da saúde é uma área que sofre constantes mudanças e avanços no conhecimento, através da pesquisa, introdução de novas tecnologias. Por este motivo, é essencial que os profissionais de saúde, incluindo o enfermeiro, se atualizem e complementem sua formação acadêmica tendo como objetivo oferecer assistência de qualidade e uma prática baseada em evidências científicas (ORTEGA et al, 2015). Foi possível identificar **motivos porque** que emergiram nas falas dos participantes quando dizem que a educação permanente contribuiu e ainda pode manter os profissionais atualizados e os **motivos para** foram observados na necessidade do profissional de aperfeiçoamento das técnicas.

Porém, entre os técnicos de enfermagem o cenário foi diferente, alguns demonstraram conhecer a definição de educação permanente em saúde, porém, percebe-se nas falas destes alguns equívocos nessa afirmação conforme abaixo:

> "Orientação contínua para o paciente, sempre que ele tenha duvida manter o paciente informado sempre" (TÉC04);
>
> "Não tenho conhecimento sobre o que seja educação permanente" (TÉC12);
>
> "Eu não sei muito te falar sobre isso não, mas eu acredito que está relacionada ao atendimento no cuidado com o próximo (TÉC13).

A política de educação permanente esta posta há mais de uma década, porém ainda é possível observar um equívoco ou desconhecimento da definição de educação permanente por profissionais, principalmente entre os técnicos de enfermagem, sendo

muitas vezes utilizada como sinônimo de "educação continuada" ou "educação em saúde", dificultando o processo de mudança nas práticas.

Sendo assim, em negar a possibilidade de utilização dos diferentes tipos de práticas para o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, é necessário garantir que a EPS não se reduza a uma mudança na denominação das atividades educativas desenvolvidas na área da saúde, visto que muitos processos tradicionais de formação simplesmente mudaram o termo a que se referiam às suas práticas para o uso mais identificado com o significante EPS (MERHY; GOMES, 2016).

A EPS está vinculada ao desenvolvimento de propostas educativas que (re) signifiquem o processo de trabalho, situação em que o cotidiano de trabalho se constitui em fonte de conhecimento, permitindo-se estabelecer reflexões e problematizar a realidade dos serviços de saúde, colaborando para o aperfeiçoamento (D'AVILA et al, 2014).

> "Não tem data definida, quando a gente vê a necessidade a gente vai lá e faz a educação permanente"(ENF09);
>
> "Se for relacionada aos grupos, você for dar uma palestra com datas agendadas, mas só que dia dia você faz isso, porque você tira duvidas você já educa o povo dia-dia"(TÉC13).

A EPS se inicia a partir das dúvidas que surgem no processo de trabalho e que são esclarecidas por outros profissionais, revelando a construção de novas relações que possibilitam a transformação no e para o trabalho, influenciando diretamente a qualidade dos serviços de saúde (SILVA; MATOS; FRANÇA, 2017).

Nessa direção, configura-se a educação permanente, demandada pelos participantes que estão mergulhados no cotidiano e a complexidade de seus problemas, exigindo mudanças urgentes nos modos de se fazer a atenção à saúde (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017).

A EPS pressupõe a participação ativa dos trabalhadores na tomada de decisão e favorece o desenvolvimento do potencial criativo na busca do aprimoramento das práticas caracterizando um **motivos para,** pois analisa de maneira futura a necessidade de aperfeiçoamento e atualização observada nos técnicos de enfermagem(FAGUNDES et al, 2016).

Corroborando, Shultz (2012) conceitua o mundo da vida como sendo toda experiência cotidiana, direções e ações por meio das quais os indivíduos lidam com seus interesses manipulando objetos e tratando com pessoas, concebendo e realizando planos.

Significado da educação permanente na atividade de cuidar

Grande parte dos participantes tanto enfermeiro como técnicos de enfermagem afirmaram ser de grande valia a EPS com a justificativa que existe uma frequente mudanças científicas na área da saúde, alguns citaram que esse conhecimento irá impactar na melhoria do cuidado e colaborar em poder realizar as atividades com segurança, conforme

falas abaixo:

> “Tem o significado de inovação, renovação” (ENF07);
>
> “Essencial, pois vai realmente minimizar ou erradicar esse riscos, agravos, complicações” (TÉC02);
>
> “Seriam aperfeiçoamentos das técnica, para atender a comunidade” (TÉC07).

Dessa forma, a educação permanente pode ser vista como mediadora de mudanças e como possibilidade de crescimento do ser humano para lidar com o mundo e (re)interpretar a realidade, o que deve ser constante em ciclos permanentes (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017).

Constatam-seos **motivos porque**,devido à realização da EPS, que impactará na assistência, podendo ser observados quando eles dizem que conseguem reduzir com a EPS o número de agravos e no aperfeiçoamento das técnicas.

Nessa categoria os **motivos para**, foram evidenciados quando o profissional diz ser essencial para minimizar ou erradicar os agravos e para melhor atender a população.

Toda interpretação desse mundo se baseia num estoque de experiências anteriores dele, as nossas próprias experiências e aquelas que nos são transmitidas por agentes transformadores (SCHUTZ, 2012).

Projetar melhorias no cuidado de enfermagem

Percebeu-se a necessidade haver a EPS implantada como rotina e os fatores que levam a dificuldade na pratica da EPS e a falta de tempo hábil para os profissionais se atualizarem, ainda ausência atualizações realizadas pela gestão. Os participantes afirmaram que aumento do número de reuniões poderá impactar no cuidado de forma positiva, no entanto existe o receio de que possa haver mudanças, duas enfermeiras não souberam responder a pergunta. Assim, foi possível observar que as experiências tidas anteriormente impactam na projeção do futuro, ressaltando os motivos para, conforme falas abaixo:

> “Eu acho que sempre que acontece algum tipo de mudança na gestão, deveria caber ao conselho municipal de saúde repassar essas informações através da EPS, teve pouca evolução” (ENF05);
>
> “A gente tem muitas expectativas, só que muitas delas são quando você chega lá na unidade não tem nada disso” (TÉC06).

No contexto do trabalho da enfermeira, a EPS tem um significado especial, uma vez que, ao promover o repensar das práticas, favorece a participação na tomada de decisão e a articulação entre o trabalho dos membros das equipes de saúde e de enfermagem (FAGUNDES et al, 2016). Nessa categoria o **motivo porque** está relacionado tempo que ele atua no trabalho e não percebeu mudanças significativas quando relatado que não se trata de uma rotina e quando ENF03 diz que a EPS sempre traz algo novo**.** Já o **motivo para** está relacionado com a melhora do serviço, EPS mais presente no cotidiano do trabalhador.

Quando perguntados sobre o que se vislumbra quando realizam educação permanente com os técnicos de enfermagem, responderam que buscavam o bem-estar da população de forma unânime e aprimorar o conhecimento, assim descritos:

> "Melhoria da mão de obra da equipe, o melhor atendimento para o nosso público, eu acho que facilita que esse público, tenha um vinculo com a gente" (ENF01);
>
> "Uma grande dificuldade, os técnicos trabalham demais,tem tempo reduzido para esse aprendizado. Quando a gente tem informação mais técnica, vê-se que eles ficam assim digamos "boiando"" (ENF04);
>
> "Aprimorar o conhecimento, capacitar, melhorar o atendimento, humanização, acolhimento" (ENF09).

No processo de EPS, pressupõe-se que a autoridade seja o portador de um acúmulo de conhecimentos que, em sua missão, dispõe-se a transmitir o conteúdo necessário para que o outro possa exercer a sua própria missão. Ocorre que suas missões são muito distintas no cenário operacional exigido para o funcionamento do sistema. O agir operativo do outro não é o mesmo do portador da autoridade de ensinar (COELHO; VASCONCELLOS; DIAS, 2017).

Assim, gestão do trabalho em saúde, em especial, a gestão de pessoas, envolve diversas estratégias, como a estruturação, a organização e a inserção do trabalhador no espaço de trabalho, assim como o compromisso com seu contínuo desenvolvimento, sendo a EPS um dos pilares de sustentação (SILVA et al, 2017).

Conforme autores, a EPS se tornou uma possibilidade para o enfermeiro desenvolver suas competências relacionadas à sua atuação profissional de maneira qualificada, frente à complexidade de seu trabalho (PAIM; ILHA; BACKES, 2015).

Sendo assim, Fagundes et al, (2016) afirma que o enfermeiro é o profissional mais adequado para a coordenação dos processos de EPS, por ser a profissional historicamente responsável pelas ações ligadas à educação na saúde, não só para a equipe de enfermagem, mas também para a equipe multiprofissional, pois a enfermagem tem esse aspecto desenvolvido e trabalhado desde a graduação.

Entretanto, Barth et al (2014) relata que no intuito de promover uma EPS descentralizada e interdisciplinar os enfermeiros podem desempenhar uma função estratégica, pois atuam diretamente no cuidado ao usuário/comunidade e articulam/coordenam as ações da equipe multiprofissional, afirma ainda que a partir dessa mudança de agir e pensar que o enfermeiro pode ter a EPS como aliada para assegurar a qualidade de suas práticas, bem como fornecer subsídios para aplicá-las com segurança e confiabilidade.

Compreende-se o **motivo porque** na fala em que os profissionais relatam a ausência tempo hábil para realizar o ensino em serviço devido a grande demanda na atenção básica. Os **motivos para** e identificado na necessidade de aprimorar o conhecimento.

Conforme Schutz (2012), a ação é a base da conduta das relações humanas, com

o propósito que se origina na consciência do agente conhecimento e melhora assistência prestada.

Já quando perguntado para os técnicos de enfermagem o que ele tem em vista quando recebe a educação permanente responderam que conseguem obter mais conhecimento e atender a população com qualidade, a uma necessidade de aprimoramento após a sua formação nas instituições, conforme a seguir:

> "Melhorias, tanto para o meu profissional, quanto para o público que esta sendo atendido por mim" (TÉC02);
>
> "A melhoria do atendimento, na qualidade da prevenção e promoção a saúde"(TÉC11).

Assim, a EPS pode contribuir para mudanças na gestão em saúde, transformando o espaço de trabalho, mediante atuações críticas, reflexivas, socialmente comprometidas e tecnicamente competentes (SILVA et al, 2017).

Os profissionais que participam das ações referem-se à confiança adquirida tanto para o profissional que se sente mais seguro para prestar a assistência, quanto para o usuário que acredita e confia neste profissional capacitado. A melhoria da qualidade aparece tanto na produção do cuidado quanto da melhoria de indicadores de qualidade (SILVA; MATOS; FRANÇA, 2017).

Corroborando alguns autores afirmam que a EPS fomenta o empoderamento e a integração dos trabalhadores por meio de uma lógica não hierarquizada de saberes, alicerçada na complementaridade, que fortalece a praticas de cuidado e aponta para a interprofissionalidade (FAGUNDES et al, 2016).

Nota-se nas falas dos participantes o **motivo porque** através da EPS recebida os técnicos conseguem aperfeiçoar o sua formar de prestar a assistência e o um enriquecimento de conhecimento que e transferido para o paciente levando a uma prevenção de agravos. Os **motivo para** são observados quando relatado a questão da melhoria no atendimento prestado.

Neste sentido Shuctz (2012) refere que para o mundo da realidade social, a realidade face a face só poderá existir se a outra pessoa compartilhar no âmbito da experiência direta, o mesmo espaço e tempo. Por isso faz-se necessário uma relação especifica, humanizada, despedida de pressupostos.

4 I CONCLUSÃO

Compreendeu-se que os profissionais da enfermagem apresentam dificuldades em levar a EPS para o cotidiano de suas praticas laborais devido a grande demanda de trabalho nas unidades aliadas ao pequeno quantitativo de profissionais, agravados também com ações burocráticas que lhes são cobradas demandas dos atendimentos executados.

Entende-se que a Educação permanente acontece informalmente e segundo relato

dos profissionais tem como facilitadores a realização desta atividade dentro do horário protegido estabelecido pela planificação atual que ocorreu no município, onde é reservado um dia por semana para tratar de assuntos relacionados à unidade, apesar de não se exclusivo para EPS, onde os profissionais relatam destinar parte desse tempo para essa atualização a que denominam educação permanente.

Foi possível observar nos motivos porque que os profissionais relataram que a educação permanente colaborou para a atualização dos conhecimentos, e que a EPS impacta na assistência de modo que é possível aperfeiçoar a técnica com essa pratica. Porém, infelizmente percebe-se nos relatos que não houveram avanços significativos na implantação da educação permanente, e que em algumas unidades não se tornou uma pratica rotineira. Os enfermeiros culpabilizam a ausência de tempo devido a grande demanda de atendimento nas unidades e as formalidades burocráticas que se seguem aos atendimentos através dos motivos por que expressos.

Foi possível identificar as contribuições da EPS no exercício das funções destes profissionais através dos motivos por que e para observados quando relatam a necessidade desta pratica para minimizar os agravos demandados e assim melhor atender a população.

Ressalta-se a falta de aperfeiçoamento e atualização no trabalho como prática estimulada e normatizada exigida pelos órgãos públicos.

A EPS tem uma grande relevância para a enfermagem já que ela e a base para o aperfeiçoar o conhecimento em todas as áreas que a enfermagem atua. As novas pesquisas e tecnologias contribuem para a melhoria da assistência de enfermagem, mas para serem praticadas e necessário a divulgação para todos os profissionais, e neste momento entra em ação EPS, atualizando os profissionais, focando na problemática da unidade, uma estratégia para sanar as lacunas existentes no serviço.

Os participantes apresentaram dificuldade ao explanar sobre o tema, principalmente entre os técnicos de enfermagem, onde se pode perceber que essa política não foi trabalhada em sua grade curricular, esta que tão importante fonte de aprimoramento para esses indivíduos após a sua formação.

Entretanto a recorrente descoberta de novas tecnologias e o surgimento de novas pesquisas faz com que os profissionais almejem manter-se sempre atualizados, a fim de estar aptos a prestar uma assistência de qualidade a população.

O enfermeiro é um dois principais disseminadores de conhecimento principalmente na atenção básica saúde,esta habilidade é estimulada a desenvolver desde sua graduação, com já dito diferente da formação do técnico e por os próprios técnicos relatam que o enfermeiro e o ponto de referência para eles.

Através do cotidiano dos profissionais de saúde que surge o problema que irá servir para reflexão e desenvolvimento de estratégia para resolução do problema, então cabe ao enfermeiro observar este cenário e implantar a educação permanente.

A fenomenologia sociológica compreensiva de Alfred Schutz possibilitou a

compreensão do indivíduo por meio das suas intersubjetividades e com isso ficou evidente que, a importância da educação permanente para todos os profissionais, apesar de haver falhas na estruturação da política, o que frustra os profissionais levando ao descrédito na melhora da educação permanente, mesmo com a implantação do horário protegido, apesar de significar um avanço.

REFERÊNCIAS

BARTH, P.O. et al. Educação permanente em saúde: concepções e práticas de enfermeiros de unidades básicas de saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 16, n. 3, p. 604-11, 2014.

BRANQUINHO, N.C.S.S. et al. Ações de educação permanente no contexto da estratégia saúde da família. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 20, n. 3, p. 368-373, 2012. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/687>. Acesso em: 25 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 198. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília, DF: Diário Oficial da União, 13 fev., 2004.

CAMARGO, R.A.A; ANJOS, F.R; AMARAL, M.F.Estratégia saúde da família nas ações primárias de saúde ao portador de hipertensão arterial sistêmica. **Revista Mineira de Enfermagem,** v.17, n. 4, p.864-872, 2013.

CAMPOS, K.F.C.; SENA, R.R.; SILVA, K.L. Educação permanente nos serviços de saúde. **Esc Anna Nery**, v. 21, n. 4, e20160317, 2017.

CARDOSO, I.M. “Rodas de Educação Permanente” na Atenção Básica de Saúde: analisando contribuições. **Saúde Soc.**, v.21, supl.1, p.18-28, 2012.

COELHO, J.G; VASCONCELLOS, L.C.F; DIAS, E.C. A formação de agentes comunitários de saúde: construção a partir do encontro dos participantes. **Trab. Educ. Saúde**, v. 16 n. 2, p. 583-604, 2018.

D’AVILA, L.S.; ASSIS, L.N.; MELO, M.B.; BRANT, L.C. Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos de família de um estado da região sudeste do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 401-16, 2014.

FAGUNDES, N.C. et al. Educação permanente em saúde no contexto do trabalho da enfermeira. **Rev enferm UERJ**, v. 24, n. 1, :e11349, 2016.

LAVICH, C.R.P. et al.Ações de educação permanente dos enfermeiros facilita- dores de um núcleo de educação em enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 38, n.1, e62261, 2017. DOI:10.1590/1983-1447.2017.01.62261.

LEMOS, C.L.S. Educação Permanente em saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n 3, p.913-922, 2016.

MESSIAS, C.M. **O significado do ensino da consulta de enfermagem uma contribuição na perspectiva da abordagem sindrômica**. 2013. 110f. Tese (Doutorado em enfermagem). Escola de enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2013.

MICCAS, F.L; BATISTA, S.H.S.S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Rev Saúde Pública,** v. 48, n. 1, p. 170-85, 2014.

MERHY, E.E; GOMES, L.B. **Colaborações ao debate sobre a revisão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** In: GOMES, L.B; BARBOSA, M.G.; FERLA, A.A., organizadores. A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. p. 67-92.

ORTEGA, M.C.B. et at. Formação acadêmica do profissional de enfermagem e sua adequação às atividades de trabalho. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** v. 23, n. 3, p.404-10, 2015; DOI: 10.1590/0104-1169.0432.2569

SILVA, K.L; MATOS, J.A.V; FRANÇA, B.D. A construção da educação permanente no processo de trabalho em saúde no estado de Minas Gerais, Brasil. **Esc Anna Nery**, v. 21, n. 4, e20170060, 2017.

SILVA, L.A.A.; SODER, R.M.; PETRY, L.O.I.C. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. **Rev Gaúcha Enferm**., v. 38, n. 1, e58779, 2017. DOI: /10.1590/1983-1447.2017.01.

TESSER, C.D. et al. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 16, n. 11, p.4295-4306, 2011.

PAIM, C.C.; ILHA, S.; BACKES, D.S. Educação permanente em saúde em unidade de terapia intensiva: percepção de enfermeiros. **Rev Pesqui Cuid Fundam.**, v. 7, n.1, P. 2001-2010, 2015.

SCHUTZ, A. **Bases da fenomenologia.** In: WAGNER, H. Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos de Alfred Schutz. Zahar: Rio de Janeiro, 1979.

SCHUTZ, A. **Bases da fenomenologia.** In: WAGNER H. Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos de Alfred Schutz. Zahar: Rio de Janeiro, 2012.

CAPÍTULO 5

ACOLHIMENTO E ASSISTÊNCIA EM OBSTETRÍCIA: REVISÃO NARRATIVA.

Data de aceite: 01/08/2021
Data de submissão: 15/05/2021

Giovanna Bernal dos Santos
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (EERP-USP), Ribeirão Preto – São Paulo, Brasil

RESUMO: Objetivo: compreender as práticas de acolhimento e assistência em obstetrícia, exercidos pela equipe multiprofissional. Método: realizou-se uma revisão da literatura em caráter narrativo, nas bases científicas SCIELO, LILACS, MEDLINE e CINAHL. Incluíram-se estudos teórico-metodológicos, quantitativos ou qualitativos, que analisavam as relações profissionais, a compreensão destas no cuidado e acolhimento e, nos efeitos da ausência/promoção do acolhimento eficaz produzidos na assistência obstétrica, a fim de, responder à questão norteadora “O que a literatura cientifica aponta para o acolhimento de mulheres em obstetrícia?”. Resultados: foram incluídos à revisão, 17 estudos publicados entre os períodos de 2010 e 2020. Conclui-se que a humanização no acolhimento e assistência no ciclo gravídico-puerperal e parto, são essenciais para a construção de um cuidado qualificado, eficaz e respeitoso aos direitos das gestantes/usuárias em saúde e, sob o impacto do acolhimento na promoção, educação em saúde e prevenção de violências obstétricas.
PALAVRAS - CHAVE: Assistência Obstétrica; Humanização Obstétrica; Acolhimento; Pré Natal.

RECEPTION AND ASSISTANCE IN OBSTETRICS: NARRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Objective: to understand the welcoming and assistance practices in obstetrics, performed by the multiprofessional team. Method: a narrative review of the literature was carried out, based on the scientific bases SCIELO, LILACS, MEDLINE and CINAHL. Theoretical-methodological, quantitative or qualitative studies were included, which analyzed professional relationships, their understanding in care and reception and, in the effects of the absence / promotion of effective reception produced in obstetric care, in order to answer the guiding question “ What does the scientific literature indicate for the reception of women in obstetrics? ”. Results: 17 studies published between 2010 and 2020 were included in the review. It is concluded that humanization in the reception and assistance in the pregnancy-puerperal cycle and childbirth, are essential for the construction of a qualified, effective and respectful care to the rights of pregnant women / users in health and, under the impact of reception in promotion, health education and prevention of obstetric violence.
KEYWORDS: Obstetric Assistance; Obstetric Humanization; Reception; Pre Christmas.

1 I INTRODUÇÃO

O ciclo gravídico-puerperal é um período de intensas transformações que ocasionam mudanças físicas, sociais, psicológicas e emocionais, nas gestantes e em seus familiares. Sendo este período, gestacional, um marco no ciclo vital feminino, por permear novos

sentimentos, novas emoções e por possibilitar a esta um novo dom: o de gerar a vida. (Trigolo, 2011; Sevastano; Novo, 1981).

"Entendemos que são dois os momentos distintos: para a mulher é o momento em que ela dá à luz e está ocorrendo o que se denomina de PARTO. Já, para o bebê, o novo ser que vem ao mundo, ocorre o seu NASCIMENTO" (Almeida et al, p. 355 – 359, 2005).

A assistência pré-natal configura-se como primordial por possibilitar que ocorra transformações e alterações no cerne do cuidado, com vistas a acolher a gestante e familiares, para assim assegurar os direitos a uma atenção e assistência obstétrica qualificada (BRASIL, 2000). Tal compreensão só tornara-se plausível devido às modificações que ocorreram nas políticas de saúde e que permearam novas ressignificações no modelo assistencial.

Na assistência pré-natal o acolhimento configura-se como um fator protetor para os desfechos perinatais e neonatais, promovendo uma redução de natimortalidade por possibilitar o rastreio de infecções e comorbidades na gestante que possam comprometer o desenvolvimento gestacional. Dessa forma, possibilita que ocorram mudanças no núcleo do cuidado através das informações compartilhadas e do vínculo estabelecido entre profissional de saúde e usuário. O acolhimento pré-natal designa-se, portanto, como uma intervenção efetiva na prevenção da morbimortalidade materna e neonatal (Barros, 2006).

Nesse aspecto, o acolhimento pré-natal demonstra-se importante para a prestação de uma assistência qualificada, não somente por considerar os cuidados com a saúde das gestantes e dos neonatos (Ministério da Saúde 2001), mas por revelar e considerar as percepções e necessidades da gestante e do seu parceiro.

Segundo o MS (2016), para a realização de um acompanhamento pré-natal, adequado e qualificado em assistência, é necessário a realização de no mínimo, sete consultas durante o período e ciclo gestacional. Uma vez que, a gestação não apresente indícios que sugestione uma gestação de alto risco, o acompanhamento pré-natal deve ser seguido de forma a haver a realização de uma consulta no primeiro trimestre gestacional, duas no segundo e três no terceiro e último trimestre do ciclo. Tendo em vista, que as gestantes devem ser assistidas por todo o ciclo gestacional, até alcançar a progressão e trabalho de parto. Para o MS (2016), a assistência ao acompanhamento e ciclo pré-natal só se finda após o 42° dia no período pós-parto, quando se inicia o seguimento em puerpério.

Contudo, a assistência pré-natal e atenção direcionada a saúde da mulher só surgira em 1973, quando fora criada a primeira política de saúde voltada exclusivamente ao cuidado em saúde da mulher, o Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI), cujo enfoque restringia-se apenas a atendimentos obstétricos, tendo por compreensão a maternidade como essência da feminilidade e do papel sociopolítico da mulher e, que, portanto, devia permear os seus cuidados exclusivos em saúde. Isso perdurou até os anos de 1980, onde os cuidados ainda eram direcionados a apenas a esse ciclo, o gravídico-puerperal (Costa, 2012).

No ano de 1983, resultado de movimentos sociais, foi proposto o Programa de Assistência Integral à Saúde da mulher (PAISM), que fora instaurado e agraciado no ano de 2004, como Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).

Naquele período, as políticas públicas almejavam circunscrever melhorias no cuidado à saúde da mulher, considerando a importância da realização de uma assistência que englobasse e considerasse todo o ciclo feminino, sem desconsiderar ou sobrepujar o ciclo obstétrico, mas considerando a necessidade de uma assistência integralizada e voltada ao atendimento em todas as fases e ciclos da vida, seguindo um modelo de assistência, que considerasse essa assistência nos diversos níveis de atenção à saúde (Costa, 2012).

O PNAISM fora responsável por incorporar e originar o conceito de gênero como requisito assistencial, visando analisar e compreender as condições de vida e saúde das mulheres para assim identificar suas necessidades, particularidades e demandas, para que, compreendendo as reais necessidades em saúde da mulher, possam-se possibilitar meios e desenvolver estratégias que ampliem e facilitem o acesso dessas mulheres aos serviços e atendimentos em saúde, e assim, por conseguinte, desenvolver ações que promovam a redução de desigualdades, de morbimortalidade e natimortalidade (Costa, 2012).

A principal vertente que rege e integra essa política é a promoção da atenção em obstetrícia e neonatologia, com humanização, integralidade e qualificação do cuidado e da assistência, e assim, possibilitando maior adesão ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) (Rios; Vieira, 2007).

Percebe-se, com efeito, os inúmeros desafios que integram e circundam à assistência em saúde da mulher e em especial, no ciclo gravídico-puerperal, onde evidencia-se a responsabilidade de fornecer e subsidiar o acolhimento e a assistência pautados na integralidade e na humanização como princípio assistencial.

De acordo com o MS (Brasil, 2002), o acolhimento na atenção pré-natal tem implicações desde a chegada à recepção dessa mulher na unidade e/ou serviço de saúde ao findar das consultas e atendimentos. Uma vez que considera-se a importância da postura profissional ao corresponsabilizar-se por ela, ouvindo e atentando-se as suas necessidades e angustias, permitindo que esta expresse suas dores, anseios e dúvidas, para assim, possibilitar uma atenção direcionada e resolutiva, com articulação aos demais serviços se necessário, e promovendo através do diálogo franco e sensível, uma continuidade na assistência. Por considerar, a mulher gestante como protagonista em todo o período gestacional e nos processos de parto e pós-parto (Brasil, 2005).

O MS ressignifica a importância do acolhimento no ciclo gravídico-puerperal, em seu manual técnico de assistência aos ciclos pré-natal e puerpério, ao considerar imprescindível a realização deste para um atendimento qualificado e humanizado, por quanto, reverbera a percepção e a necessidade de compreender os impactos e a vivência gestacional sobre a gestante e familiares, para assim, promover um atendimento integralizado e equalitário

(Brasil, 2005).

Santos e Assis (2006, p. 57) afirmam que “o acolhimento acontece nos micros espaços das relações individuais e coletivas”, quer seja na recepção das unidades em saúde, nas reuniões dos grupos de apoio, ou nas consultas e retornos com a equipe multiprofissional de saúde.

Pensando nisso, é de suma importância compreender o acolhimento em obstetrícia, para assim, contribuir com reflexões sobre o tema para a prática e a humanização no acolhimento, assistência e em tudo quanto tange a saúde da mulher.

É almejado com este estudo compreender o que a literatura apresenta em relação à prática do acolhimento em obstetrícia pensando através dele em possíveis ações que a equipe multiprofissional das unidades básicas possam realizar a fim de promover um melhor seguimento às gestantes nas unidades e serviços de saúde.

2 | MÉTODO

Realizou-se uma revisão narrativa a partir de fontes secundárias, por meio de um levantamento bibliográfico. Incluíram-se estudos teórico-metodológicos, quantitativos ou qualitativos, que analisavam as relações interprofissionais, a compreensão destas no cuidado e acolhimento e, nos efeitos da ausência/promoção do acolhimento produzidos na assistência obstétrica, a fim de, responder a questão norteadora “O que a literatura científica indica para o acolhimento de mulheres em assistência obstétrica?”.

> “Os artigos de revisão narrativa são publicações amplas apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o ‘estado da arte’ de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou conceitual”. (Rother, 2007).

Segundo Rother (2007), revisões narrativas são descrições contextuais que constituem uma análise da literatura científica baseadas na compreensão, interpretação e análise crítica e reflexiva do autor. Tendo em seu impacto, em evidência científica, um olhar notoriamente baixo, por conta de haver uma impossibilidade na reprodução de sua metodologia, as revisões narrativas em suma, visam contribuir de forma significa no levantamento de questões e em fomentação de debates de determinadas temáticas, e assim corroborar na aquisição, implementação e atualização de conteúdos e conhecimento, em curto espaço de tempo.

O presente estudo fora desenvolvido através de uma pesquisa e levantamento bibliográfico, em caráter qualitativo, cuja busca e seleção dos artigos foram realizados por meio do acesso digital (eletrônico) às plataformas e bases de dados, *Scielo, Lilacs, Medline e Cinahl.* Atrelado a esses, como fator determinante todos os conteúdos selecionados datavam dos períodos de 2010 à 2020. Sendo realizado no período entre dezembro de 2019 à setembro de 2020, sob o percurso metodológico inspirado em Marconi e Lakatos (2003) que descrevem o percurso metodológico em oito etapas que estarão descritas a

seguir:

1. Escolha do tema e direcionamento do estudo: a escolha do tema surgira através da minha experiência pessoal, como acompanhante, estudante estagiária e expectadora do processo gestacional e puerperal, onde pude estar percebendo as intempéries (medos, anseios, angústias) que circundam as gestantes e a mecanização da assistência no trabalho dos profissionais em saúde.

2. Elaboração e organização do trabalho: nesta etapa, foi-se desenvolvido um aprimoramento nos métodos de pesquisa científica a fim de, adquirir e desenvolver conhecimentos e habilidades necessárias para elaborar este estudo científico.

3. Identificação: a preferência na escolha de artigos e estudos para leitura e inclusão neste estudo, foi-se dado àqueles desenvolvidos no Brasil, porém não fora desconsiderado artigos e estudos publicados em outros países cujo enfoque e direcionamento fossem similares ao desta pesquisa. Optamos pela escolha dos artigos e publicações disponíveis na íntegra, com resumo nos idiomas português, espanhol e inglês, publicados nos períodos de 2010 à 2020.

4. Localização: o levantamento bibliográfico fora realizado nas seguintes bases de dados e plataformas *Scielo, Lilacs, Medline e Cinahl,* sob as seguintes palavras-chave: assistência obstétrica; humanização em obstetrícia; acolhimento; pré-natal.

5. Compilação: após a seleção desses artigos, fora-se realizada uma leitura prévia dos títulos e resumos, em seguida, construímos um quadro sinótico visando uma melhor organização dos estudos selecionados, formado pelas variáveis: título do estudo, nome dos autores, ano de publicação, base de dados em que foi retirada, tipo de pesquisa e resultados obtidos.

6. Fichamento: Posterior à seleção dos estudos e artigos, realizamos uma leitura sistemática e aprofundada, visando apreender e assimilar todos os conhecimentos e detalhes descritos nas publicações selecionadas, objetivando assim, um enriquecimento do estudo através desses dados.

7. Análise e Interpretação: para realização desta etapa, realizou-se de interpretação e discussão desses resultados, evidenciando os trabalhos que trouxeram maior contribuição e possibilitaram a resposta à questão norteadora "O que a literatura científica indica para o acolhimento de mulheres em assistência obstétrica?", que baseou-se e originou este estudo.

8. Redação Final: a última etapa constitui na síntese dos dados, revisão e finalização da revisão narrativa em caráter qualitativo.

Nesta pesquisa, mapeamos as diversas concepções e percepções metodológicas acerca do tema humanização, assistência e acolhimento, reconhecendo a unanimidade que coexiste entre elas, tão quanto suas convergências, divergências e contradições. Tendo em vista esse mapeamento, fora estudado em consonância, os fatores que possibilitam e/ou limitam a prática de uma assistência e acolhimento eficaz e humanizado em obstetrícia.

3 | RESULTADOS

Após a seleção dos artigos, estudos e publicações, originou-se o quadro sinóptico que permeou o desenvolvimento deste estudo, que poderá ser contemplado a seguir:

Nome dos Autores/ Ano de publicação	**Periódico**	**Base de Dados**	**Título**	**Abordagem/ Tipo de Pesquisa**
BOURGUIGNON, A.M; GRISOTTI, M., 2018.	Saúde e Sociedade	Scielo	Concepções sobre humanização do parto e nascimento nas teses e dissertações brasileiras	Revisão Integrativa
PORTELLA, M.O., 2017.	Universidade Federal de Recife	Scielo	Ciência e costume na assistência ao parto	Tese de Mestrado
MATOS, J.S. 2019.	Universidade Federal da Bahia	Scielo	Cidade e maternidade: Uma análise através dos locais de parto e nascimento em Salvador	Tese de Mestrado
PONTES, M.G.; ARAUJO, G.; LIMA, G.M.B, 2014.	Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança	Scielo	Parto nosso de cada dia: um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência	Revisão Integrativa
PONTES, M.G.; ARAUJO, G.; LIMA, G.M.B., 2012.	Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança	Scielo	Arte de partejar: quem protagoniza a cena?	Pesquisa qualitativa
MAIA, M.B. 2010.	Editora FioCruz.	Scielo	Humanização do Parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional.	Tese Doutorado
EDWARD, A.S, Allen Sandy; SIMHAN, R.K.H; BEIGI, R. 2016.	Obstet Gynecol Surv	Medline	*Contemporary Obstetric Triage* – Triagem Obstétrica Contemporânea	Revisão Integrativa
LAFAURIE, V. MERCEDES, M. BOTERO, M.D.P, CHILATRA, G.C.I. 2020.	*Enferm. actual Costa Rica*	Lilacs	*Atención humanizada del embarazo: la mirada de gestantes que acuden a una unidad hospitalaria de salud* - Assistência humanizada à gravidez: o olhar de gestantes que frequentam uma unidade de saúde hospitalar	Pesquisa qualitativa
MENDES, R. B; SANTOS, J.M.J; PRADO, D.S. et. al. 2020.	*Ciênc. Saúde Colet*	Lilacs	Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento	Pesquisa qualitativa
LOPES, L.C.S; AGUIAR, R.S.2020.	Revisa	Lilas	Aplicabilidade das boas práticas de atenção ao parto: revisão integrativa de literatura	Revisão Integrativa
SILVA, M.J.S et.al 2019.	*Rev. Ciênc. Plur*	Lilacs	Qualidade da assistência ao parto e Pós - Parto na percepção de usuárias Da atenção primária à saúde	Pesquisa qualitativa
ALMEIDA, R.S.S. et. al. 2018;	*Rev. Pesqui.*	Lilacs	Vivências de puérperas frente à atuação da equipe de enfermagem durante o trabalho de parto	Pesquisa qualitativa

MANOLA, C.C.V et. al. 2020.	*Nursing*	Lilacs	Conhecer na perspectiva da puérpera a relevância do projeto de assistência ao parto baseada na teoria de Virginia Henderson	Pesquisa qualitativa
SILVA, M.R.B. et. al. 2020.	*Nursing*	Lilacs	Tecnologias não invasivas: conhecimento das mulheres para o protagonismo no trabalho de parto	Pesquisa qualitativa
MOURA, N.A.S. et al. 2018	*Rev Rene*	Lilacs	Análise de práticas na assistência ao parto e pós-parto hospitalar	Estudo de prevalência
SOUZA, M.A.R et al. 2020.	*Rev. Pesqui.*	Lilacs	Pré-natal como facilitador na participação do acompanhante no processo de trabalho de parto e parto	Pesquisa qualitativa
BELEM, J.M. 2020.	*Rev. esc. enferm. USP*	Cinahl	*Theoretical, methodological and analytical aspects of ethnographic research in obstetric nursing: an integrative review* - Aspectos teóricos, metodológicos e analíticos da pesquisa etnográfica em enfermagem obstétrica: revisão integrativa.	Revisão Integrativa.

Quadro 1. Características dos artigos selecionados. Brasil, 2020.

No conjunto de estudos selecionados, catorze são artigos científicos, dentre eles cinco são revisões integrativas, narrativas e bibliográficas e os demais são pesquisas em cárater qualitativo ou estudo de prevalência, havendo também, duas teses de mestrado e uma tese de doutorado e, juntos compuseram e atuaram como base e fomento para o desenvolvimento deste estudo.

4 | DISCUSSÃO

Os artigos descritos que fomentaram o desenvolvimento deste estudo, em sua maioria foram desenvolvidos por enfermeiros estudantes e/ou pesquisadores em defesas de teses e dissertações, e em seus resultados fora observado e categorizado como a realização e instauração de práticas de humanização na assistência obstétrica com ênfase, na prática mais indicada pelos autores, a escuta terapêutica. Os autores discutem a utilização e o impacto da escuta terapêutica como prática de humanização em situações reais em obstetrícia, sendo valorizada por possibilitar o agregar e o acolher às necessidades e dores reais que circundam o dia-a-dia das mulheres gestantes nas unidades e serviços de saúde.

Os textos apontam a necessidade da aproximação e estabelecimento de vínculo com a gestante através da escuta do profissional para os dizeres desta mulher, gestante, que traz em si valores, dores, angústias, anseios e desejos, e com eles, seus medos. Ao estabelecer a escuta terapêutica como prática profissional, é creditado a gestante

que os seus direitos estão sendo preservado pois sua identidade permanece inalterada e englobada no processo do cuidado no ciclo gravídico-puerperal, mas protagonizado e vivenciado por ela.

Esse agregar da gestante em seu processo gestacional através da escuta, que se dá normalmente através do acolhimento, pode atuar como fator determinante para um processo de gestação, parto e pós-parto pacífico, positivo, agregador, não exclusor e não traumático para as gestantes e seus familiares.

O termo “acolhimento” se consolidara a partir da instauração do Protocolo de Acolhimento do Ministério de Saúde, sob a percepção de acolhimento como objeto de humanização. Humanização esta, que pode ser compreendida através da valorização e a inclusão dos usuários de saúde em seu processo de atendimento e assistência em saúde. (Ministério da Saúde, 2014).

A idealização e promulgação de novas propostas de atendimento tendo por priori a humanização na assistência, indicam a necessidade de avançar nas considerações sobre o acolhimento como dispositivo primordial de uma política de humanização (Santos, 2012).

Segundo o MS, a atenção humanizada e integralizada no ciclo gravídico-puerperal e que envolvem os processos do pré-parto/parto/pós-parto, exigem um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes da equipe multiprofissional em visar à promoção do parto e do nascimento, de forma segura, adequada e qualificada a fim de prevenir a morbimortalidade materna e perinatal e eventos adversos e/ou traumáticos a gestante (Brasil, 2001).

Nesta concepção, a humanização tem como priori a qualificação e integralização do cuidado ofertado, envolvendo questões ético-morais, como o respeito às individualidades, crenças e costumes da gestante e familiares, no asseverar os direitos humanos dessa gestante que recebe assistência, tão como, subsídios para desenvolver esta, através de treinamentos e/ou capacitações da equipe multiprofissional baseando em evidências científicas que norteiam as rotinas assistenciais, utilizando e investindo concomitantemente nas instalações, dependências físicas, disponibilização de materiais e recursos tecnológicos.

Desde 2000, o MS elegeu como priori os programas de formação e capacitação profissional em assistência à saúde da mulher, “considerando que o acesso das gestantes e recém-nascidos a um atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis de cidadania” (Serruya, Lago, & Cecatti, 2004).

> A assistência humanizada envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que uma equipe de saúde realize procedimentos benéficos para a mulher, evite intervenções desnecessárias e preserve sua privacidade e autonomia. (apud Brasil, 2001).

4.1 Primórdios da Humanização

O olhar humanizado na assistência obstétrica, expressa e simboliza uma mudança na compreensão do parto como experiência humana, atuando como uma mudança no olhar do "que fazer, como proporcionar ou aliviar" a angústia do outro ser humano, que no caso trata-se da dor da outra, da mulher brasileira e gestante.

Um dos primeiros modelos assistenciais surgira tutelado pela Igreja Católica, que tinha por percepção a compreensão do parto como um desígnio divino, uma punição celestial pelo "pecado", onde a possibilidade de amenizar ou diminuir o sofrimento da mulher no parto era estritamente proibido (Diniz, 1997).

Essa concepção arraigada fora destituída após o surgimento da concepção moderna de assistência obstétrica, despertando a preocupação e a possibilidade de resolver/amenizar o problema da parturição, de forma menos dolorosa e mais humanizada. Rompendo assim, a sentença traumática do parto.

Na assistência em obstetrícia nos processos de pré-parto, parto e pós-parto, o termo humanizar é utilizado sob diferentes percepções metodológicas e conceituais. Sendo inicialmente empregado pelo "pai da obstetrícia brasileira", Fernando Magalhães em meados do século 20 e, pelo professor Jorge Rezende, neste mesmo período. Ambos apoiavam a utilização de narcose – anestésicos e, de fórceps, ainda em ambientes domiciliares. (Rezende, 1998)

O modelo do parto em ambiente hospitalar surgira no final do século 20, nos países industrializados, onde as gestantes de forma totalmente consciente deveriam experimentar a vivência do parto, mas de forma imobilizada, em posição ginecológica, com o funcionamento de seu útero acelerado ou reduzido e, sendo assistida por pessoas estranhas, o que não difere muito, infelizmente, da prática atual. (Diniz, 1997)

No Brasil, são comumente realizadas práticas invasivas não necessariamente positivas, mas atuantes como seguimento de protocolo institucional ou de equipe, como a utilização da episiotomia de rotina, ou a extração/retirada do neonato com uso de fórceps. Sendo importante considerar que através das mudanças e lutas a favor da humanização no ciclo gravídico-puerperal, essas práticas estão decaindo em desuso, porém, ainda é recorrente nos serviços públicos de saúde.

No setor privado de atenção a saúde da mulher, diferentemente do setor público, uma nova prática têm "prevenido" o parto como exposto anteriormente, através da cesárea eletiva. Contudo, estudos comprovam que há persuasão profissional acerca da gestante a submeter-se a escolha do parto cirúrgico, cesárea.

Para além da pobreza das relações humanas em ambas as formas de assistência nos setores público e privados, são nítidos o sofrimento físico e emocional, por muitas vezes traumático, originado do uso irracional de tecnologias no parto que impossibilita reduções na morbimortalidade materna e perinatal nos países subdesenvolvidos. (Barros

et al., 2005).

O movimento no Brasil chamado de Humanização no Parto surgira para romper com esses estigmas e demonstrar com evidência científica comprovada a realização do parto, com qualidade de interação entre parturiente – equipe multiprofissional, uso de tecnologia adequada e apropriada e tendo como cerne do cuidado, o bem-estar da parturiente.

Por ventura, essas iniciativas que difundiam a humanização como requisito na assistência obstétrica, permearam e possibilitaram o desenvolvimento de um processo mais amplo de humanização nos serviços, centros e unidades de saúde dirigidos pelo MS, como por exemplo, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e o de Programa de Humanização de Hospitais (PHP), ambos lançados no ano 2000, maio e junho respectivamente, objetivando abranger as demais instituições, unidades e serviços em saúde. (Diniz, 1997).

No caso do PHPN, por possuir um direcionamento em garantir um padrão mínimo na assistência obstétrica (número de consultas, imunizações, etc.) em toda a extensão nacional, o programa acabara não incorporando e solidificando os principais questionamentos levantados pelo movimento de humanização em consideração às técnicas e práticas desumanizadas, sem evidência científica que ainda persiste em unidades de serviços de saúde. Nesse aspecto, o PHPN tornou-se basicamente um instrumento de gestão sem adequação e incorporação prática.

À medida que a utilização da terminologia humanização se expande e difunde-se através dos diversos escritores e pesquisadores, cada qual com sua individualidade e crenças particulares, o termo vem a recriar-se, e fragmenta-se em diferentes formas de assistência. Entre essas vertentes, surgem diversas propostas de humanização hospitalar no acolhimento e assistência ao neonato/prematuro e puérpera, como por exemplo, o modelo canguru, ou mesmo, a realização do aborto terapêutico em casos de violência.

A humanização insurge como redefinição das relações e práticas humanas no cuidado ofertado no ciclo gravídico-puerperal, como revisão assistencial do cuidado e assistência, e/ou mesmo, do reaprender e compreender as condições que tangem a humanidade e os direitos humanos.

O termo ‘humanização do parto’ passa a instaurar-se como legitimidade política através da reivindicação e defesa dos direitos das mulheres e crianças, na assistência no ciclo gravídico-puerperal (Diniz, 1997) e, possibilita diversas ressignificações ao possibilitar inovações e mudanças nos procedimentos e protocolos realizados pelas equipes multiprofissionais, trazendo à realidade, novos desafios as unidades e centros de saúde, mas possibilitando grandes e inovadores resultados.

> “As propostas de humanização do parto, no SUS como no setor privado, têm o mérito de criar novas possibilidades de imaginação e de exercício de direitos, de viver a maternidade, a sexualidade, a paternidade, a vida corporal”. (Diniz, 2005).

4.2 Humanização como princípio de assistência obstétrica.

Segundo Bourguignon, (2018), a representação “humanização do parto e nascimento” expressa uma transformação e ressignificação social, representa uma política em saúde pública, um modelo assistencial em saúde obstétrica e, sensibiliza à compreensão de parir e nascer. Em nosso país, essa representação consolidou-se a partir da década de 1990, trazendo à luz uma oposição às práticas realizadas em saúde da mulher, em especial na obstetrícia, hegemonicamente praticada no país.

A nova idealização de assistência no ciclo gravídico-puerperal e parto, vem a propor uma reeducação para gestantes/familiares/equipe multiprofissional, a partir da compreensão dos direitos das gestantes em sua assistência e cuidado obstétrico, integrando e capacitando a equipe através de projetos de educação permanente.

Uma das vertentes questionadoras do movimento de humanização da assistência, frente aos modelos e protocolos já instaurados, é a artificialização do processo de parir e nascer, que envolve o pré-parto/parto/pós-parto, onde no modelo tecnocrático, o médico é o ator principal; e pertencem a ele a escolha e condução ativa do trabalho de parto.

Diferentemente, o modelo humanístico valoriza a subjetividade e intersubjetividade humana e a reconfiguração do espaço-temporal do cuidado ao parto e nascimento, em outras palavras, compreendendo a gestante como protagonista do seu trabalho de parto e atribuindo/agregando a ela este momento, os demais integrantes desse momento, médico, enfermeira obstétrica, doula e, acompanhante devem trabalhar juntos fornecendo apoio e suporte ao trabalho de parto, que é exercido, experimentado e protagonizado pela própria mulher parturiente (Pontes, 2011).

No que tange as dificuldades encontradas segundo a literatura, em comparação ao atendimento e acolhimento humanizado nos fluxos de atenção à gestação e ao parto, entre os serviços que fornecem atendimento público e/ou privado, a principal diferença observada fora as relações que circundam o médico do pré-natal e o médico do parto.

Nos serviços de atendimento privado, particular, o atendimento e assistência no ciclo gravídico “pré-natal” e no parto tendem a ser realizados por um único médico obstetra, que geralmente é “contratado” pela gestante para acompanhá-la além das consultas rotineiras, no trabalho de parto.

Em contrapartida, nos serviços de atendimento a saúde pública, geralmente o profissional que costuma atender a gestante no pré-natal – podendo ser tanto um médico ginecologista ou generalista, quanto uma enfermeira – não costumam integrar e participar do processo de parto, que normalmente é realizado por uma equipe desconhecida em outra instituição de saúde. Os atendimentos as gestantes tendem então, a ser parcialmente atendidos, sendo realizados em um centro de saúde no primeiro e segundo trimestre e, no terceiro e último trimestre gestacional é encaminhado a outro serviço de saúde, responsável por conduzir o trabalho de parto.

Torna-se evidente a diferença como é construída a relação profissional-paciente em ambos os serviços, pois, o relacionamento da gestante com o profissional pré-natalista da saúde privada é qualitativa e quantitativamente diferente daquele vivenciado pela mulher atendida pelo SUS.

Na saúde privada, a gestante tende a ser conduzida a prestar deferência e submissão às determinações ou "conselhos" do médico por reconhecer nele um apoio e por desenvolver um laço afetivo construído durante todo o pré-natal. Enquanto que, a maioria das mulheres atendidas nos serviços públicos, tendem a sentir-se desconfortável e insegura por não conhecer a equipe que conduzirá o parto e desenvolver assim, um relacionamento profissional-paciente distante (Anversa, 2012).

O que implica diretamente na concepção de humanização e na procura e oferta desta pelas usuárias e profissionais de saúde, que corroboram em suas práticas para uma mecanização do processo de parto e desumanização na assistência obstétrica.

4.3 Diferentes sentidos, limites e possibilidades para a humanização no acolhimento e assistência obstétrica

Humanizar, é para além do respeito à individualidade dos demais indivíduos, é saber enxergar, escutar o outro, compreendendo e permitindo uma adequação na assistência em saúde, considerando a cultura, crenças, valores e diversidade de opiniões.

> "Humanizar a parturição é envolver-se com o outro; é lembrar que no momento do parto está ocorrendo à separação de dois corpos, que até esse momento viveram juntos, um dentro do outro, em relação de dependência e de íntimo contato". (Martins et al, 2005).

Nesse pressuposto, o enfermeiro necessita auxiliar a gestante a restaurar sua tranquilidade, seu equilíbrio, para assim, proporcionar um cuidado efetivo, não traumático a gestante e com um relacionamento profissional-paciente acolhedor, agregador e substancial. (Martins et al, 2005).

Em se tratando de humanização no acolhimento e assistência em obstetrícia, é necessário encontrar formas de inserir a mulher no centro do cuidado, de forma que esta sinta-se acolhida como gestante e respeitada enquanto cidadã consciente de seus direitos de obter uma assistência qualificada e respeitosa em seus credos e valores.

Como, por exemplo, a gestante ter o poder e direito de escolha do parto. Não havendo persuasões por profissionais de saúde, mas, respeitando e instruindo sobre as potencialidades e dificuldades enfrentadas em cada momento de progressão do parto, independente de qual meio/forma será finalizado.

Outro direito conquistado e que deve ser amplamente respeitado e difundido, é o direito da gestante de estar acompanhada por alguém de sua escolha, independente do sexo ou laço sanguíneo, devendo ser respeitado o laço afetivo e a representação de um suporte emocional que o acompanhante possui para gestante nesse momento.

Enfim, é necessário resgatarmos a subjetividade da experiência de parir, que perdeu-

se ao longo dos anos após a institucionalização do parto. Acreditamos que a chave para alcançarmos a o parto adequado e qualificado é através da humanização, humanização esta que permite que a jornada no ciclo gravídico-puerperal não ocasione danos, traumas e medos, mas sim, traga a luz uma experiência única de vivenciar o nascer do amor.

5 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreende-se que a humanização no cuidado e assistência, são primordiais para a construção de um cuidado qualificado, que seja respeitoso aos direitos das gestantes/ usuárias em saúde tão quanto embasado em dados científicos, que comprovam uma assistência qualificada.

No que concerne uma assistência idealizada, foi-se estimado pontos primordiais para o alcance do padrão de cuidado e assistência eficaz, sendo estes: a incorporação de um ideal da instituição hospitalar que preze o acolhimento e o cuidado humanizado e a centralização e protagonização da mulher, como centro dos cuidados a serem ofertados em obstetrícia.

Acreditamos que humanizar o parir e o nascer, é nada mais que adequar esse processo a cada gestante e familiar, que estão envolvidos e serão embarcados pelo nascimento. Trazendo ao sentido profissional, é importante conciliarmos e compreendermos que os procedimentos e protocolos não devem ocupar maior prioridade do que a qualidade do atendimento às pessoas envolvidas.

Os resultados desta revisão demonstraram que, apesar da humanização em obstetrícia ser um tema em grande discussão estando propenso a expansões, os desafios de implementação de práticas embasadas nos princípios de humanização, integralidade e equidade que a regem são complexos, pois direcionam para outro modelo assistencial, centrado no cuidado individualizado, integralizado, respeitoso aos direitos das usuárias e em respeito as suas crenças e particularidades, compreendendo esta como principal protagonista do ciclo gravídico-puerperal.

Não obstante, conclui-se que os resultados desta revisão narrativa são úteis para futuras pesquisas na área e discussões no planejamento que visem a construção de novos conhecimentos aos profissionais de saúde, ações em promoção do cuidado e assistência a saúde da mulher e, principalmente, na assistência e acolhimento em obstetrícia.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N.AM. et al. **A humanização no cuidado à parturição**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2005;7(3):355-9.

ANVERSA E.T.R.; BASTOS G.A.N.; NUNES L.N. **Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil**. Cad Saúde Pública 2012; 28:789-800.

BARROS S. M. O**. Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal.** Manole: São Paulo, 2006.

BOSI, M. L.; GASTALDO, D. **Construindo pontes entre ciência, política e práticas em saúde coletiva**. Rev. Saude Publica, São Paulo, v. 6, n. 45, 2011, p. 1197-1200.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: manual técnico**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

__________. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

__________. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério - atenção qualificada e humanizada: manual técnico.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

__________. Ministério da Saúde (BR). **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.

__________. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

__________. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.** (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, 32).

__________. Ministério da Saúde (BR). **Cadernos Humaniza SUS: Humanização do parto e do nascimento.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.

BOURGUIGNON, A.M.; GRISOTTI, M**. Concepções sobre humanização do parto e nascimento nas teses e dissertações brasileiras. Saude soc.**, São Paulo , v. 27, n. 4, p. 1230-1245, Oct. 2018 .

CRANLEY, E. **Enfermagem obstétrica;** 8° ed.; São Paulo, 1985.

COSTA, A. M. **Política de saúde integral da mulher e direitos sexuais e reprodutivos**. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.) Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 979-1010.

COSTA, G. D. et al. **Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial.** Rev. bras. enferm., Brasília, v. 62, n. 1, p. 113-118, fev. 2009.

DINIZ, C.S.G. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. Ciência e Saúde Coletiva. 10 (3) pág.: 627-637. 2005.

DOUDOU, H.D. et al. **Trabalho e humanização em sala de parto.** Cad. Saúde Colet., 2017, Rio de Janeiro, 25 (3): 332-338

DOMINGUES R.M.S.M. et. al**. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil.** Rev Panam Salud Pública 2015; 37:140-7.

FIGUEIREDO, P. P.; ROSSONI, E. **O acesso à assistência pré-natal na Atenção Básica à Saúde sob a ótica das gestantes.** Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 292-298, jun., 2008.

LANDERDAHL, M. C. et al. **A percepção de mulheres sobre atenção pré-natal em uma unidade básica de saúde.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 105-111, mar. 2007

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica.** 5º ed. São Paulo. Editora Athas, 311 p., 2003.

MARTINS, C.A. et al. **Casas de parto: sua importância na humanização da assistência ao parto e nascimento.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2005;7 (3):360-5.

MENDES EV. **As redes de atenção à saúde**. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2297-2305.

MERHY, E.E. **O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 9, n. 16, p. 172-174, Feb. 2005 .

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. **Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre,** Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, fev. 2003.

REZENDE, J. **Obstetrícia.** 10ª edição. Guanabara Koogan; RJ, 2005.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. **Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 477-486, abr. 2007

ROTHER ET. **Revisão sistemática X revisão narrativa**. *Acta paul. Enferm* 2007; 20(2):v-vi. .

SANTOS, M.F.O.; FERNANDES, M.G.M; OLIVEIRA, H.J. **Acolhimento e humanização na visão dos anestesiologistas**. Rev. Bras. Anestesiol., Campinas , v. 62, n. 2, p. 206-213, Apr. 2012.

SANTOS, F.A.P.S. et. al. **Integralidade e atenção obstétrica no Sistema Único de Saúde (SUS): reflexão à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin**. Esc Anna Nery. Dez. 2016.

SERRUYA, S. J., LAGO T. G., & CECATTI, J. G. **O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o programa de humanização do pré-natal ao nascimento**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, 4(3),269-279. 2004.

SEVASTANO, H.; NOVO, D. P.. **Aspectos psicológicos da gestante sob o ponto de vista da teoria do núcleo do eu.** Revista de Saúde Pública; São Paulo, 15. 101-10, 1981.

SILVA, M. Z. N.; ANDRADE, A. B.; BOSI, M. L. M. **Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica.** Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 805-816, Out-Dez 2014

TRIGOLO, C.M. **Casa de parto: referência na superação do medo e perspectivas das gestantes**. FEMA. Assis; São Paulo, 2011.

CAPÍTULO 6

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL EM GESTANTES DE UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA

Data de aceite: 01/08/2021

Data de submissão: 04/07/2021

Noelayne Oliveira Lima
Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Educação- Campus VII
Senhor do Bonfim – Bahia
https://orcid.org/0000-0002-0296-9507

Eliana do Sacramento de Almeida
Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Educação- Campus VII
Senhor do Bonfim - Bahia
https://orcid.org/0000-0002-0305-2469

Cleuma Sueli Santos Suto
Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Educação- Campus VII
Senhor do Bonfim - Bahia
https://orcid.org/0000-0002-6427-5535

Paula Odilon dos Santos
Universidade Federal da Bahia
Ponto Novo – Bahia
https://orcid.org/0000-0002-9645-1644?lang=pt

Rita de Cássia Dias Nascimento
Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Educação- Campus VII
Senhor do Bonfim - Bahia
https://orcid.org/0000-0002-0720-3105

Jones Sidnei Barbosa de Oliveira
Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde
Salvador – Bahia
https://orcid.org/0000-0002-1170-2652

RESUMO: Na gestação, a mulher passa por mudanças importantes e a assistência pré-natal humanizada melhora a qualidade de vida do binômio mãe-filho. O presente trabalho teve como objetivo descrever a percepção de gestantes quilombolas sobre a humanização da assistência pré-natal prestada pelo enfermeiro em uma Unidade de Saúde da Família. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, tendo como participantes 12 gestantes cadastradas no serviço pré-natal de uma unidade de saúde. A construção dos dados foi desenvolvida por meio de grupo focal e para a análise utilizou-se a Análise de Conteúdo de Bardin. Como resultados, as participantes em sua maioria, perceberam como satisfatórias a relação de vinculação estabelecida entre os profissionais e as usuárias, que estavam alicerçadas em ações de acolhimento e educação em saúde como meios para o cuidado humanizado. O vínculo foi reconhecido como dispositivo fundamental para uma assistência humanizada à gestante em Unidades de Saúde Família. Esta pesquisa trouxe benefícios proporcionando reflexões críticas sobre a maneira com a qual gestantes quilombolas percebem a humanização da assistência de enfermagem no pré-natal.

PALAVRAS - CHAVE: Pré-Natal. Humanização da Assistência. Saúde da População Negra. Enfermagem. Atenção Primária à Saúde.

HUMANIZATION OF PRENATAL CARE IN PREGNANT WOMEN FROM A QUILOMBOLA COMMUNITY

ABSTRACT: During pregnancy, the woman undergoes important changes and humanized prenatal care improves the quality of life of the mother-child binomial. This study aimed to describe the perception of pregnant quilombolas about the Humanization of prenatal care provided by nurses in a Family Health Unit. This is a descriptive study with a qualitative approach, with 12 pregnant women registered in the prenatal service of the Health Unit as participants. Data construction was developed through a focus group and for the analysis, the Content Analysis of Bardin. As a result, most participants perceived as satisfactory the bonding relationship established between professionals and users, which were based on actions of reception and health education as means for humanized care. The bond was recognized as a fundamental device for humanized care for pregnant women in Family Health Units in the SUS. This research brought benefits, providing critical reflections on how pregnant quilombolas perceive the humanization of nursing care in prenatal care.
KEYWORDS: Prenatal. Humanization of Assistance. Health of the Black Population. Nursing. Primary Health Care.

1 I INTRODUÇÃO

A gestação é uma etapa em que a mulher passa por grandes mudanças físicas, emocionais e psicológicas que demandam uma atenção específica nesta fase de vida, com adequado acompanhamento gravídico-puerperal. As consultas de pré-natal estão preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS), consolidadas em leis e programas que visam melhorar o acesso e qualidade deste serviço, mediados pelo acolhimento, avaliação de riscos e/ou vulnerabilidades do binômio mãe-filho (BRASIL, 2011). Para que o acompanhamento ocorra de maneira qualificada e humanizada é necessário instituir acolhimento e vínculo entre os envolvidos no cuidado à mulher gestante, com integralidade e acesso aos níveis de atenção, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar (BRASIL, 2012).

Para assistência ao pré-natal foi estabelecido o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1983 e implantado em 1984 pelo MS, com a finalidade de melhorias à saúde reprodutiva da mulher e dos serviços de saúde ofertados (ANDREUCCI; CEGATTI, 2011). No ano 2000, ao consolidar o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), a qualidade da assistência ao pré-natal e parto foi percebida, contribuindo para a melhoria na qualidade dos serviços, diminuição dos índices de mortalidade materna e perinatal (POLGLIANI, 2014).

Em 2011 por meio da Rede Cegonha fomentou-se a criação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher/criança, reafirmando o direito ao planejamento reprodutivo, gravidez, parto e puerpério humanizado e qualificado em articulação entre os pontos da rede regionalizada (FERNANDES; VILELA, 2014).

Nos últimos 30 anos o Brasil avançou muito na melhoria da atenção ao parto e ao

nascimento devido a uma série de esforços e iniciativas do governo e da sociedade, contudo, a redução da morbimortalidade materna e infantil permanece um desafio a ser alcançado (BRASIL, 2014). No que tange a Saúde da População Negra este contexto potencializa-se diante dos diversos determinantes sociais que circundam o processo saúde/doença deste grupo populacional.

A fim de garantir a saúde como direito humano legítimo, implantou-se no país, em 2009, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Essa lei destaca-se pelo "reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde" (BRASIL, 2009). Dessa maneira, a luta constante para identificar e combater iniquidades étnico-raciais é necessária para garantir uma melhor qualidade de vida à população.

Cerca de 70% das usuárias atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS) são mulheres negras e de baixa renda, o que demanda uma abordagem focada na humanização. Especificamente em populações quilombolas há uma historicidade e necessidades pontuais acerca do atendimento que lhes são ofertados, visto possuírem características étnicas que as diferenciam do restante da sociedade e que determinam seus padrões de nascimento, adoecimento e morte.

A maneira mais insidiosa de racismo relaciona-se aos fatores de saúde (LÓPEZ, 2012). Nesta perspectiva, é imperioso salientar que a cultura étnico-racial atravessa identidade e as relações sociais o que impacta nos determinantes sociais de saúde e doença e seus fatores, bem como no bem-estar dos indivíduos e comunidade. Sendo assim, o reconhecimento da história, da cultura e dos sinais de racismo estrutural que circundam o corpo social acabam influenciando as relações entre os profissionais de saúde e usuários do SUS (CRUZ; MONTEIRO, 2015). E no tocante à Saúde da Mulher Negra, a inserção da interseccionalidade entre gênero e raça aponta para uma discussão necessária acerca da efetivação dos princípios do SUS.

De acordo com estes fatores emerge o questionamento: Qual a percepção que as gestantes quilombolas possuem a respeito da humanização da assistência pré-natal prestada pelo enfermeiro em Unidade Básica de Saúde? Para tanto, o estudo objetivou descrever a percepção de gestantes quilombolas sobre a humanização da assistência pré-natal prestada pelo enfermeiro em uma Unidade de Saúde da Família.

Esta pesquisa torna-se relevante no sentido de evidenciar a saúde da mulher negra e gestante em uma Comunidade Quilombola, no intuito de que haja discussão da temática com a possibilidade de articulação de ações intersetoriais e interdisciplinares para a ampliação de medidas protetoras e a efetivação do direito à saúde.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa do tipo descritiva com delineamento metodológico qualitativo. Esse tipo de abordagem envolve atores sociais como informantes chave de determinado objeto investigado e presente na sociedade, isso favorece uma análise mais detalhada das investigações, principalmente por meio da utilização de instrumentos semiestruturados e da entrevista como meio para captação dos dados, estes que são analisados numa perspectiva psicossocial, com a finalidade de explorar diferentes representações sobre o assunto em questão (GASKELL, 2017).

A pesquisa foi desenvolvida em uma Unidade de Saúde da Família (USF) localizada em uma comunidade Quilombola na região rural do município de Senhor do Bonfim-Bahia. As participantes do estudo foram gestantes acompanhadas no pré-natal, com os critérios de inclusão: gestante maior de 18 anos; cadastrada no SISPRENATAL; e com frequência periódica às consultas de pré-natal. Como critérios de exclusão: gestantes que estivesse iniciando o pré-natal no momento da coleta de dados. Com base nos critérios estabelecidos recrutou-se um total de 19 gestantes, porém, apenas 12 delas concordaram em participar voluntariamente da pesquisa.

A captação dos dados deu-se por meio da aplicação de um roteiro semiestruturado para obtenção da caraterização sociodemográfica. Em seguida, utilizou-se a técnica de grupo focal, tendo como perguntas indutoras: O que você entende por humanização da assistência pré-natal? Qual a sua expectativa durante o atendimento do pré-natal com o enfermeiro? Como você percebe o conforto do ambiente físico de saúde a qual está inserido? Em sua opinião, como deve ser o ambiente para a realização do pré-natal?

O grupo focal foi operacionalizado nas instalações da USF no dia 10 de maio de 2017. Foi possível obter maior aproximação com as gestantes, troca de saberes, experiências, além de aprofundamento acerca do significado do cuidado à saúde da mulher quilombola (PRATES et al, 2015). Essa técnica exige dos pesquisadores criatividade, sensibilidade, atenção, respeito, ausência de julgamentos, preparação prévia e conhecimento da técnica e da temática de estudo, sendo realizada em horários previamente agendados, após a assinatura pela entrevistada do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Foi realizado contato prévio com a enfermeira da USF para apresentação da pesquisa, seus objetivos e metodologia utilizada, solicitado à mesma que motivasse as gestantes cadastradas a participar da oficina. Para tanto, foram confeccionados convites direcionados às gestantes e entregues pelos Agentes Comunitários de Saúde.

À realização do grupo focal manteve-se um clima acolhedor, com apresentação pessoal das pesquisadoras, esclarecimentos sobre a pesquisa e importância da participação das gestantes. Os dados foram gravados em arquivos de áudio e posteriormente transcritos. Utilizou-se como referencial metodológico para análise do corpus obtido a Análise de Conteúdo de Bardin, por meio de três etapas básicas: pré-análise, exploração do material,

tratamento e interpretação dos resultados (SILVA; FOSSÁ, 2015).

Na pré-análise desenvolveu-se intervenções preparatórias para a análise propriamente dita. A exploração do material consistiu no processo em que os dados brutos foram transformados e colocados em unidades de registros, para descrever as características pertinentes ao conteúdo expresso no texto. Na terceira etapa, o tratamento dos resultados, procurou colocar as informações fornecidas pela análise em quantificações simples e complexas, apresentando os dados em diagramas, figuras e modelos (SILVA; FOSSÁ, 2015). Ao final, realizou-se a categorização dos dados, agrupando-os por afinidade.

Utilizou-se como referenciais teóricos os pressupostos do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), a Rede Cegonha e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Seguiu-se os preceitos éticos que regem as pesquisas com seres humanos conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Foi disponibilizado às participantes o TCLE, depois de esclarecido os procedimentos, bem como garantia da confidencialidade e anonimato das informações obtidas, utilizando-se codinomes às gestantes entrevistadas. O grupo focal foi realizado em espaço privativo, após a pesquisa ter sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia, sob parecer de número 2.007.867. A denominação de cada gestante apresenta-se por codinomes: G01, G02 e assim sucessivamente.

3 | RESULTADOS

Participaram do grupo focal 12 gestantes, com idade entre 18 a 33 anos. As gestantes, inicialmente mostraram-se inibidas e receosas, talvez por se tratar-se de um encontro com pessoas até então pouco conhecidas na comunidade. Mas no decorrer da dinâmica, elas foram interagindo entre si, começando a relatar suas vivências. Por meio das perguntas indutoras percebeu-se a imersão do grupo na temática proposta, a interação e o compartilhamento de experiências, evidenciados por gestos, expressão visual e relatos emotivos. O quadro 1 apresenta as perguntas indutoras utilizadas no grupo focal e os relatos obtidos.

CATEGORIZAÇÃO DAS PERGUNTAS	CATEGORIZAÇÃO DAS RESPOSTAS
1. O que você entende por Humanização da Assistência Pré-Natal?	• G01 relata que é quando existe respeito, atenção, carinho e paciência; • G02 diz que é respeitar o tempo da gestante para entender o que a profissional diz, ter paciência e cuidado com a gestante; • G03 e G04 dizem que é atender bem as gestantes, que vão ansiosas e com muitas dúvidas. Ter calma pra explicar, atenção com as gestantes.

2. Qual a sua expectativa durante o atendimento do Pré-Natal?	• G05 fala que é ouvir o coraçãozinho do bebê batendo; • G06 disse que fazia porque queria saber se o bebê estava mexendo, vivo, já que não percebia, fazia vários USG; • G07 relata que é ter o cuidado com o bebê e com a mãe também, que muitas vezes é esquecida nesse período.
3. Você se sente confortável no ambiente físico de Saúde a qual está inserido? Em sua opinião, como deve ser o ambiente para a realização do Pré-Natal?	• Todas responderam que sim, que é perto de suas casas, arejado, tem cadeiras para sentarem e água para beberem.
4. Como você classifica a importância do Enfermeiro na Assistência ao Pré-Natal?	• G02 diz que a enfermeira é muito importante, pois tira as dúvidas com as mudanças do corpo, fala como o bebê está e é boa na consulta, além de calma; • G08 diz que chegou assustada com a falsa impressão que colocaram na enfermeira, pois estavam acostumadas com a antiga. Mas ela é boa, tira as dúvidas, é calma e brincalhona; • G06 é a 2ª vez que passa com a enfermeira e também tinha uma falsa impressão pelo que ouvia falar em comparação com a enfermeira antiga, mas gosta do atendimento dela, pois tira as dúvidas; • G04 gosta do atendimento de todos, desde a porta de entrada até a enfermeira.
5. Quais as Dúvidas mais frequentes que você possui em relação ao seu período gestacional? Estas dúvidas foram respondidas pela Enfermeira?	• G09 está na 1ª gestação, então tudo é novo. A enfermeira tirou minhas dúvidas quanto ao corpo, hormônios e o nascimento do bebê.
6. Como é o acesso ao Pré-Natal? (Agendamento, consulta, retorno, orientação)	• G10 diz que o agendamento é rápido. • G11 relata que as consultas são feitas no tempo marcado, sem desconfortos. • G12 afirma que todos os seus retornos acontecem na data certa e as orientações são bem dadas.
7. Em sua opinião, o atendimento é igual para todas? Por quê? Como ele deveria ser?	• Sim, todas tem o mesmo atendimento. São conhecidas uma das outras, então sempre conversam sobre suas gestações.
8. Quais as conclusões que você tem em relação ao atendimento e que sugestões você teria para o melhoramento do mesmo?	• Como orientação G06, G07 e G08 relatam que o que deixa a desejar é apenas o horário de chegada da equipe de saúde, pois marcam pra as gestantes chegarem as 07:30hs e a equipe só chega quase 09:00hs, mas sabem que é por falta de motorista do carro que traz a equipe de Saúde da sede para a USF.

Quadro 1. Perguntas e respostas obtidas no grupo focal com gestantes de uma comunidade quilombola rural. Senhor do Bonfim-BA, Brasil, 2021.

Fonte: autoria própria.

4 | DISCUSSÃO

Conforme etapas seguidas na Análise de Conteúdo foi possível obter três categorias empíricas, a saber: Acesso aos serviços de assistência pré-natal; A humanização da

assistência ao pré-natal; A vinculação com o enfermeiro como processo de humanização.

Acesso aos serviços de assistência pré-natal

Apesar dos avanços e das conquistas do SUS, ainda existem lacunas nos modelos de atenção e gestão no que se refere ao modo como as gestantes são atendidas nos serviços de saúde pública, especialmente no contexto da Estratégia de Saúde da Família. A nível nacional é preciso restituir, na prática, o princípio da universalidade, segundo o qual todos os cidadãos podem ter acesso a um atendimento humanizado pautado no acolhimento (BRASIL, 2012).

No que se referem à atenção pré-natal as gestantes entrevistadas não citaram problemas de acesso geográfico ou econômico e, embora exista uma única unidade básica na comunidade, o deslocamento até ela era fácil. Sobre o atendimento, este foi pontuado como de fácil obtenção e sem tempo prolongado de espera. Com relação ao ambiente físico, elas também não relacionaram nenhum entrave. Os impasses citados foram o horário de funcionamento da unidade, a necessidade de chegar cedo e as consultas de pré-natal ser somente à tarde.

Com suporte nos depoimentos das participantes, percebe-se que a assistência ao pré-natal pode apresentar entraves relacionados à busca pelo atendimento, representados pela demora na chegada da equipe de saúde. O MS exprime que um serviço de saúde de qualidade deve criar opções para evitar longas esperas e priorizar as gestantes nas filas (OLIVEIRA et al, 2014). O relato de demora no atendimento, principalmente em uma população potencialmente vulnerável, impacta na sua condição de vida diante dos diversos fatores determinantes de saúde da mulher negra que perpassam muitas vezes nas barreiras sociais enfrentadas pela falta de apoio familiar, baixa renda, grau de organização e transporte (WERNECK, 2016).

Nesse sentido, a depender do contexto vivenciado por essa mulher, esta situação pode acarretar má adesão aos acompanhamentos no serviço de saúde e impactar diretamente sobre a Saúde Materno-Infantil com indicadores desfavoráveis. Diante disso, apesar dos depoimentos positivos é notória a necessidade de um olhar mais sensível para as vulnerabilidades dessa população a fim de garantir um melhor desempenho no acesso, equidade e eficácia do serviço prestado.

Um acolhimento indevido pode reverberar num sentimento de não ser bem-vinda e não estar sendo valorizada, podendo comprometer o sucesso do acompanhamento neste ciclo gravídico. A assistência proposta não pode ser homogeneizada, desconsiderando as singularidades deste segmento populacional. Portanto, é imperioso reconhecer que o cliente é um parceiro importante neste processo de cuidar e que os profissionais qualificados por meio de uma escuta acolhedora e resolutiva podem desenvolver um relacionamento terapêutico de boa qualidade, oportunizando o reconhecimento das necessidades dessas gestantes em contexto rural e quilombola.

Em estudo descritivo exploratório realizado no interior do Maranhão, em 2016, com 26 puérperas negras que tiveram parto no Hospital Municipal da cidade, objetivou descrever como ocorre a assistência ao ciclo gravídico puerperal de mulheres negras. Evidenciou-se as mulheres participantes gostariam de ser escutadas na hora do parto e de receberem mais atenção, com maior acolhimento. Tal resultado denota ainda o desafio a ser vencido na atenção integral à saúde das mulheres negras, que implica no reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos, salientando a diversidade e as necessidades específicas da população feminina negra.

Diante dessa conjuntura, reafirma-se a primordialidade da sensibilização e formação dos profissionais de saúde atuantes numa comunidade quilombola, a fim de promover uma melhor assistência pautada na interação cultural desta comunidade e cuidados integral que abrange a saúde e o bem-estar de mulheres quilombolas.

A humanização da assistência ao pré-natal

A gestação é um momento significativo na vida da mulher. A atenção ao pré-natal é um momento de ligação familiar e social da gestante com os profissionais da saúde, em que as opiniões das usuárias devem ser consideradas na compreensão da atenção e nos cuidados realizados (BARRETO et at, 2015). Devem-se buscar estratégias para facilitar o acesso aos serviços de saúde e a diminuição do tempo de espera destas gestantes, em que o cuidado à mulher e sua família deve ser feito respeitando cada fase da gestação e seu significado para a vida destas.

Diante dos relatos observados, a Política Nacional de Humanização está sendo caracterizada pelo acolhimento, como postura prática nas ações de atenção e gestão na unidade de saúde, o que favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com a equipe e os serviços. Neste estudo, observou-se que o profissional permitiu que as gestantes expressassem suas preocupações e suas angústias, fornecendo um ambiente acolhedor e tornando essencial o processo de humanização da assistência.

O conhecimento dos direitos favorece que o objetivo da humanização na assistência pré-natal seja instituído e os cuidados durante ele possam controlar os fatores de riscos que ocasionam complicações à gestação, além de detectar o tratamento oportuno, contribuindo para que os desfechos perinatais e maternos sejam favoráveis (BRASIL, 2012).

As gestantes revelaram uma vulnerabilidade social significativa no que tange aos determinantes sociais perpassados pelos fatores econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais. A humanização da assistência pré-natal numa população quilombola requer articulação dos profissionais da saúde ao contexto vivenciado por estas mulheres, uma compreensão e interação pautada em estratégias diversas: cultura local, práticas de cuidados e cura de matriz africana existentes na comunidade, isso possibilitaria melhores resultados terapêuticos, equânimes e duradouros (BELFORT; KALCKMANN; BATISTA, 2016).

Estudo realizado em Milwaukee em 2018 revelou que mulheres afro-americanas e africanas de baixa renda possuem níveis mais altos de estresse e menos acesso a recursos pré e pós-natais, isso demanda uma intervenção comunitária de promoção à saúde para diminuir as complicações perinatais. O estudo revelou também como as mulheres percebiam o apoio recebido pela comunidade, o que revela a importância dos espaços seguros e relações comunitárias eficazes que possam induzir a construção de políticas em saúde mais eficazes (MKANDAWIRE-VALHMU et. al., 2018).

No Brasil, uma das políticas de saúde relevante foi a criação do Projeto Rede Cegonha em que acrescentou outros exames na triagem pré-natal e ampliação das sorologias, além daqueles preconizados pelo Manual de Pré-natal elaborado pelo MS, bem como o Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério. Muitos desses exames, bem como o acompanhamento regular da gestante, permitem um diagnóstico de risco mais acurado e com intervenção precocemente possível.

A vinculação com o enfermeiro como processo de humanização

Em virtude da atuação do enfermeiro na assistência ao pré-natal, atribui-se como funções deste profissional, além da competência técnica, a sensibilidade para compreender o ser humano e o seu modo de vida, saber ouvir sem julgamentos, valorizar os sentimentos e experiências relacionados à gestação, a fim de que o cuidado possa repercutir não só na qualidade dos sentimentos manifestados pela mulher, mas também culminar em orientações ao binômio mãe-filho (OLIVEIRA, 2012).

O enfermeiro nesse processo deve estimular o vínculo profissional-cliente, com diálogos francos, visitas domiciliares como estratégia de ação, além de oferecer orientações às gestantes em reuniões de grupo e, principalmente na consulta de enfermagem de pré-natal, para assim nortear as ações, possibilitando a orientação para as reais necessidades das gestantes (BRASIL, 2011). Este compromisso e vinculação com as usuárias possibilitam o fortalecimento da confiança nos serviços e humanização das práticas de saúde para construção de modelos de atenção voltados à qualidade de vida (CARVALHO et al, 2010).

O protagonismo do enfermeiro no processo de humanização da assistência ao pré-natal é um dos pilares desse processo, visto ser este essencial na organização e prestação dos serviços de saúde à comunidade, e condução dos programas oferecidos pelo SUS à mulher gestante. Quando se trata de assistência a uma comunidade que possui traços culturais e especificidades, como a comunidade quilombola, a relevância do enfermeiro aumenta diante da necessidade de saber reconhecer a cultura, para assim respeitá-la, bem como suas peculiaridades com o intuito de combater injustiças contra grupos sociais vulneráveis.

Em associação a este entendimento é importante compreender os saberes e práticas das tradições de matriz africana na vivência do cotidiano profissional do enfermeiro. Esta vivência deve ser pautada em estudo, diálogo empatia e imersão cultural, com vistas ao

desenvolvimento de um planejamento de enfermagem adequado às necessidades da população quilombola, sobretudo, diante das peculiaridades de Saúde da População Negra (FARIAS et al., 2016).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tomando por base falas de gestantes quilombolas nota-se que a percepção sobre humanização da assistência ao pré-natal não se limita à recepção da gestante à porta de entrada do serviço de saúde, onde o acolhimento se inicia. As participantes do estudo apontaram que a capacidade de escuta e comunicação realizada pelos profissionais da saúde, principalmente pelo enfermeiro, é o que baliza o seu entendimento sobre humanização do cuidado e assistência.

Identificou-se que o acolhimento e a educação em saúde foram fundamentais para o estabelecimento de vínculo entre profissional e gestante. O cuidado humanizado era realizado pelo enfermeiro, assim como o acolhimento e humanização da assistência. Diante das iniquidades e disparidades étnico-raciais é possível, por meio de ações e tecnologias leves, fortalecer a autoestima, autoidentificação cultural e direitos humanos de mulheres quilombolas.

Acredita-se que este estudo poderá contribuir **à** melhoria da qualidade da assistência à mulher negra, corroborando com os benefícios já documentados sobre humanização e assistência humanizada ao pré-natal. Os resultados poderão qualificar a assistência, no ensino e na pesquisa ao gerar reflexões e discussões sobre novas formas de acolher e orientar as gestantes com foco no cuidado à saúde da mulher, criança e família.

REFERÊNCIAS

ANDREUCCI, Carla Betina; CECATTI, José Guilherme. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública,** v. 27, n. 6, p. 1053-64, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n6/03.pdf. Acesso em: 22 set. 2016.

BARRETO, Camila Nunes et al. "O Sistema Único de Saúde que dá certo": ações de humanização no pré-natal. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 36, n. esp, p. 168-76, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/xcLM6kXVv7kVVwqhRN6ZqLC/?lang=pt. Acesso: 04 de jun. 2016.

BELFORT, Ilka Kassandra Pereira**;** KALCKMANN, Suzana; BATISTA, Luís Eduardo. Assistência ao parto de mulheres negras em um hospital do interior do Maranhão, Brasil. **Saúde e Sociedade [online]**, v. 25, n. 3. p. 631-640, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/KRhgTyHmpNMSzKLbMwmcyDq/abstract/?lang=pt. Acesso em: 02 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS: Humanização do Parto e do Nascimento. Brasília: Universidade Estadual do Ceará; 2014. Disponível em: https://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf. Acesso em: 20 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de atenção á Saúde. Departamento de atenção Básica. **Atenção ao Pré-Natal de baixo risco.** Normas e Manuais técnicos. (Caderno de atenção Básica, n 32). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á saúde. Departamento de atenção Básica- Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 318 p. 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso 30 ago. 2016.

BRASIL. Portaria Nº 1.459, De 24 De Junho De 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 Jun. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 30 set. 2016.

BRASIL. PORTARIA Nº 992, DE 13 DE MAIO DE 2009. **Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 Maio 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html. Acesso em: 22 set. 2016.

CARVALHO, Illyane Alencar et al. Perfil de Gestantes Atendidas em Consulta de Enfermagem em uma Estratégia de Saúde da Família Rural. **Rev Enfer UFPE online** 2010; v. 4, n. 4: 1622-630. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/6342/5588. Acesso em: 02 jun. 2016.

CRUZ, Isabel Cristina Fonseca da; MONTEIRO, Maria do Carmo Sales. As culturas negras no contexto do cuidado de saúde. In: **UNA-SUS**: Módulo Saúde da população negra. Unidade 1 – Contextualizando a saúde da população negra. Atividade 1 – Cultura negra, saúde e bem-estar. Brasília: DF, 2015. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/ARES/2981/1/apostila_unidade1%20-%20Contextualizando%20a%20Sa%C3%BAde%20da%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20Negra.pdf. Acesso: 15 set. 2016.

FARIAS**,** Katia Peres**.** et al. Práticas em saúde: ótica do idoso negro em uma comunidade de terreiro. **Rev. Bras. Enferm**, v. 69, n. 4, p. 633-40, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/WgVK9wZqNjSrJdVjDDRfwbw/?lang=pt. Acesso em: 30 jan. 2020.

FERNANDES, Roberta Zanelli Sartori; VILELA, Maria Filomena de Gouveia**.** Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha de Campinas, em São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 19, n. 1, p. 4457-66, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/3tdBDFr4VTZSXq8Drcnb6hL/abstract/?lang=pt. Acesso em: 18 set. 2016.

GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. IN: BAUER, Martin W.; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: Um manual Prático**. Editora Vozes: Petrópolis RJ, 2017. Disponível em: https://tecnologiamidiaeinteracao.files.wordpress.com/2017/10/pesquisa-qualitativa-com-texto-imagem-e-som-bauer-gaskell.pdf. Acesso em 30 set. 2016.

LÓPEZ, Laura Cecília. The concept of institutional racism: applications within the healthcare field. **Interface ComunSaúdeEduc**, v. 16, n. 40, p. 121-34, 2012. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/262622812_The_concept_of_institutional_racism_Applications_within_the_healthcare_field. Acesso em: 12 ago. 2016.

MKANDAWIRE-VALHMU, L.et al. Enhancing Healthier Birth Outcomes by Creating Supportive Spaces for Pregnant African American Women Living in Milwaukee Matern Child. **Health J,** v. 22, n. 12, p.1797-1804, 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30062651/. Acesso em: 20 jul 2021.

OLIVEIRA, Fátima Karine da Silva**. Atenção da(o) Enfermeiro na Assistência Pré-Natal: Uma Revisão de Literatura.** [Trabalho de Conclusão de Curso- Universidade do Estado da Bahia] Senhor do Bonfim, 2012.

OLIVEIRA, Stéphany Ketlin Mendes et al. Saúde materno-infantil em comunidades quilombolas no norte de Minas Gerais. **Cad. Saude Colet., [s.l.],** v. 22, n. 3, p.307-313, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cadsc/a/7wN9gtxYr3BRRx5bBgTRzBd/?lang=pt. Acesso em: 26 set. 2016.

POLGLIANE, Rúbia Bastos Soares et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva, [s.l.],** v. 19, n. 7, p.1999-2010, jul. 2014. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014197.08622013. Acesso em 26 set. 2016.

PRATES, Lisie Alende. A utilização da técnica de grupo focal: um estudo com mulheres quilombolas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 12, p. 2483-92. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/vXWsyfjCbmCs88Y4XGZXhhS/abstract/?lang=pt. Acesso em: 20 set. 2016.

SILVA, Andressa Henning; FOSSÁ, Maria Ivete Trevisan. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualit@s Revista Eletrônica**, v.17, n. 1, p. 1-14, 2015. Disponível em: http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/2113/1403. Acesso em: 14 set. 2016.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 25, n. 3, p.535-549, 2016. https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 10 jun. 2016.

CAPÍTULO 7

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM HEPATITE C EM HEMODIÁLISE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/08/2021

Data de submissão: 04/05/2021

Lília Oliveira Santos
Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza - Ceará
http://lattes.cnpq.br/4224335000723861

Paulo Victor Avelino Monteiro
Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza - Ceará
http://lattes.cnpq.br/3332726474718070

Suellen da Silva Sales
Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza - Ceará
http://lattes.cnpq.br/3802701279600311

Juliana Valéria Assunção Pinheiro de Oliveira
Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza - Ceará
http://lattes.cnpq.br/9842676020224972

Maria Lúcia Duarte Pereira
Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza - Ceará
http://lattes.cnpq.br/1204949768401883

RESUMO: Pacientes com doença renal terminal (DRCT) em hemodiálise apresentam risco maior de infecção pelo vírus da hepatite C (HCV) quando comparados à população em geral, devido à frequente exposição sanguínea e infecções nosocomiais. Este estudo foi desenvolvido com o objetivo de relatar os cuidados, as precauções e os preparos necessários aos profissionais de enfermagem voltados à rotina de pacientes dialíticos, de forma a evitar a contaminação e propagação do vírus da hepatite C (HCV) entre pessoas em hemodiálise acometidas por insuficiência renal crônica (IRC). Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, realizado no primeiro trimestre do ano de 2019 em um hospital do município de Fortaleza. O rastreio para hepatite C deve ser realizado em todos os pacientes de terapia renal substitutiva. Caso o teste sorológico seja negativo, o paciente segue a rotina de realizar sorologias semestralmente. Preconiza-se que os pacientes em HD com hepatite C estejam em salas separadas para evitar a transmissão do vírus e os riscos de contaminação horizontal pelo HCV. Entretanto, caso o paciente possua mais de um tipo de hepatite, este deverá dialisar individualmente à beira do leito. A rigorosa limpeza e desinfecção da máquina de HD associada à restrição da diálise de pessoas com hepatite C em turno diferente evidenciou-se como um método eficaz no controle da transmissão do HCV entre diálises. Exames admissionais e pós-admissionais são essenciais para a avaliação completa e o conhecimento acerca do estado sorológico do paciente, para a implementação da devida assistência de enfermagem durante

a hemodiálise. A implantação dessas medidas na organização assistencial de enfermagem para com pacientes em hemodiálise demonstrou-se um método eficaz para a redução dos níveis de infecção e transmissão do HCV.
PALAVRAS - CHAVE: Assistência de Enfermagem; Diálise renal; Hepatite C.

NURSING ASSISTANCE TO PATIENTS WITH HEPATITIS C IN HEMODIALYSIS: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Patients with end-stage renal disease (ESRD) on hemodialysis have a higher risk of infection with the hepatitis C virus (HCV) when compared to the general population, due to the frequency of blood exposure and nosocomial diseases. This study was developed with the aim of relating the care, precautions and preparations to nursing professionals focused on the routine of dialysis patients, in order to avoid the contamination and spread of the hepatitis C virus (HCV) among people on hemodialysis affected by chronic renal failure (CRF). This is a descriptive study of the type of experience report, carried out in the first quarter of 2019 in a hospital in the city of Fortaleza. Screening for hepatitis C should be performed in all renal replacement therapy patients. If the serological test is negative, the patient follows the routine of performing serological tests every six months. It is recommended that patients on HD with hepatitis C chosen in separate rooms to avoid transmission of the virus and the risks of horizontal contamination by HCV. However, if the patient has more than one type of hepatitis, he must dialysis individual at the bedside. The rigorous cleaning and disinfection of the HD machine associated with the restriction of dialysis in people with hepatitis C in a different shift has proved to be an effective method to control HCV transmission between dialysis. Admission and post-admission examinations are essential for the complete assessment and knowledge about the patient's serological status, for the implementation of the appropriate nursing care during hemodialysis. The implementation of these measures in the nursing care organization for hemodialysis patients is an effective method for reducing the levels of HCV infection and transmission.
KEYWORDS: Nursing Care; Renal Dialysis; Hepatitis C.

INTRODUÇÃO

A hepatite C é a principal doença hepática entre pacientes com insuficiência renal crônica (IRC) em programa de hemodiálise (HD). Desta forma, pacientes com doença renal terminal (DRCT) em hemodiálise apresentam risco maior de infecção pelo vírus da hepatite C (HCV) quando comparados à população em geral, devido à frequente exposição sanguínea e infecções nosocomiais (OLIVEIRA et al., 2009; Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2018).

De acordo com dados do censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) de 2017, a prevalência da hepatite C entre pacientes de hemodiálise no Brasil passou a ser de 3,3%, cerca de três vezes maior do que é observado na população geral. Mesmo sendo elevados, esses percentuais permanecem bem abaixo da prevalência de 15,4% detectada nessa população há 16 anos. Ainda de acordo com dados norte-americanos do *Centers for*

Disease Control and Prevention (CDC), mais da metade dos surtos de hepatite C de 2008 a 2015 ocorreu em ambientes de hemodiálise (HD) (Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2018; Centers for Disease Control and Prevention, 2019).

Além disso, o vírus da hepatite C (HCV) é considerado de alta resistência devido à sua grande capacidade mutagênica do vírus, proporcionando um escape à resposta imune do hospedeiro. Nesse sentido, 85% dos indivíduos infectados evoluem para a cronicidade. Com relação à IRC e suas comorbidades, estas causam anemia e desnutrição, fatores que contribuem para a diminuição da resposta imune e consequente rápida evolução do quadro clínico da hepatite C (BRASIL, 2019).

O comprometimento imunológico proporcionado pela HD somado à resistência do vírus HCV proporciona surtos de hepatite C aguda ocorrentes em unidades de diálise, sendo esses, na sua maioria, causados pela quebra das normas de biossegurança pelos profissionais de saúde (MÓIA et al., 2014).

Neste sentido, este estudo foi desenvolvido com o objetivo de relatar os cuidados, as precauções e os preparos necessários aos profissionais de enfermagem voltados à rotina de pacientes dialíticos, de forma a evitar a contaminação e propagação do vírus da hepatite C (HCV) entre pessoas em hemodiálise acometidas por insuficiência renal crônica.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo acerca dos cuidados e precauções em ambientes de hemodiálise nos quais pacientes portadores do vírus HCV estão inseridos. É um estudo do tipo relato de experiência, realizado no primeiro trimestre do ano de 2019 em uma Unidade de Diálise (UD) de um hospital do município de Fortaleza. Na análise foram realizados levantamentos acerca dos cuidados durante o processo de hemodiálise em pacientes com hepatite C, através do acompanhamento da rotina de diligências implementadas nesse hospital para evitar a soroconversão.

Desenvolveu-se por meio do acompanhamento da rotina dos profissionais de saúde e pacientes dialíticos com insuficiência renal crônica, soronegativos e soropositivos para o HCV, levando em consideração todas as precauções e medidas de biossegurança e segurança do paciente estabelecidas ao longo da assistência de enfermagem para evitar a transmissão da hepatite C entre diálises.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O rastreio para hepatite C deve ser realizado em todos os pacientes que iniciam uma terapia renal substitutiva ou que sejam transferidos de outros centros, inicialmente com imunoensaio, e se positivo, confirmados por testes de ácidos nucléicos (NAT). Caso o teste sorológico seja negativo, o paciente segue a rotina de realizar sorologias semestralmente.

Os níveis de alanina aminotransferase (ALT) devem ser verificados na admissão na unidade de diálise (UD) e depois mensalmente. Pacientes infectados recentemente podem ter níveis de ALT elevados previamente à soroconversão, o que justifica a monitorização dos níveis para detecção precoce de novas infecções.

Pacientes com alteração não justificada de ALT, mesmo que em elevações discretas, devem ser investigados para hepatite B e C. Mudanças no valor de *cut-off* podem auxiliar na melhora da acurácia, mas o valor adequado ainda não foi definido. Sugere-se que o valor de ALT encontrado em paciente em hemodiálise seja acrescido de 50% do seu valor basal, no sentido de melhorar o desempenho diagnóstico da enzima (GOUVEIA et al., 2004)

De acordo com a RDC nº 11 de 13 de março de 2014, que rege o serviço de hemodiálise, não existe a obrigatoriedade de realização de sessões de hemodiálise em pacientes positivos para hepatite C em sala exclusiva (BRASIL, 2014). Porém, no hospital observado, para o atendimento de pacientes com injúria renal aguda e crônica, com sorologia positiva para hepatite C e sorologias desconhecidas, optou-se por manter o atendimento desses pacientes em hemodiálise (HD) em horários reservados.

Ressalta-se que as sessões de hemodiálise são realizadas três vezes por semana, procurando seguir a manutenção de tratamentos nos dias de segundas, quartas e sextas-feiras ou sequência de tratamentos às terças, quintas-feiras e sábados. O período do dia destinado ao grupo de pacientes com sorologia positiva era o noturno.

A sala de hemodiálise da UD observada era composta por quatro pontos de diálise onde apenas pacientes anti-HCV positivo ou sorologia desconhecida eram atendidos por um técnico de enfermagem exclusivo para este atendimento, mesmo não havendo exigência legal para esta exclusividade. Desta forma, a decisão da instituição é permanecer com o isolamento físico de pacientes com estas características sorológicas, diminuindo assim a possibilidade de soroconversão entres os pacientes de naturezas sorológicas diferenciadas.

Como já mencionado, preconiza-se que os pacientes com IRC em HD com hepatite C estejam em salas separadas para evitar a transmissão do vírus e os riscos de contaminação horizontal pelo HCV. Entretanto, caso o paciente possua mais de um tipo de hepatite, este deverá dialisar individualmente à beira do leito.

No que diz respeito aos equipamentos utilizados por estes pacientes, como por exemplo as máquinas de hemodiálise, foram submetidos a processo de limpeza e desinfecção químicas. A unidade optou por realizar dois processos de desinfecção na máquina de hemodiálise, alternando os seguintes produtos químicos: ácido peracético a 3,5%, ácido acético a 8% e produtos químicos à base de hipoclorito de sódio a 5%. A limpeza e desinfecção da máquina de HD com esterilizante associada à restrição da diálise de pessoas infectadas com hepatite C no turno da noite evidenciou-se como um método eficaz no controle da transmissão do HCV entre diálises.

No que diz respeito aos insumos utilizados para o tratamento destes pacientes, tem-se como principal material o uso de dialisadores e linhas de sangue arterial e venosa. De

acordo com termos da legislação vigente, a RDC nº 11 de 13 de março de 2014, é vedado o reúso de linhas arteriais e venosas utilizadas em todos os procedimentos hemodialíticos, assim como o reúso de dialisadores: de paciente com sorologia positiva para hepatite B, hepatite C (tratados ou não) e HIV (BRASIL, 2014). Desta forma, a clínica de hemodiálise cujo estudo foi realizado procedia com o processo de descarte de todos esses insumos acima mencionados.

Também observou-se, na UD do estudo, as rotinas de limpeza e desinfecção, assim como o controle microbiológico regular do sistema de osmose reversa de hemodiálise para evitar a proliferação e posterior contaminação por microorganismos, com equipes treinadas para esse procedimento e seguindo legislações vigentes.

Outro cuidado relatado pela equipe de enfermagem para a realização das sessões de hemodiálise em pacientes anti-HCV positivo foi o uso de todos os equipamentos de proteção individual (EPI) pelo técnico de enfermagem e enfermeiro durante a assistência direta a esses pacientes. Estes protegem o profissional dos riscos de contaminação. Para a realização dos procedimentos padrões, o profissional de enfermagem deveria utilizar devidamente luvas de procedimento, touca, avental impermeável, sapatos fechados e máscara cirúrgica.

O cuidado de enfermagem em pacientes dialíticos com hepatite C deve ser rigoroso, não podendo negligenciar ações tão importantes como a higienização regular das mãos, utilizando técnica correta e com duração mínima de 40 segundos, quando em uso de água e degermante, e 20 segundos, quando em uso de solução alcoólica. Os momentos imprescindíveis para realização deste procedimento são: antes do contato com o paciente, antes da realização de procedimentos assépticos, após risco de exposição a fluidos corporais, após contato com o paciente e após contato com as áreas próximas ao paciente.

Vale lembrar que a maioria dos pacientes que realizam tratamento dialítico foram submetidos a múltiplas punções em fístula artério venosa, que possuíam alto fluxo sanguíneo. Desta forma, foi necessário cuidado especial pelo profissional que manipulava esses materiais perfuro-cortantes de calibre elevado, mantendo todas as recomendações de biossegurança estabelecidas pelo hospital.

Estima-se que cerca de 71 milhões de pessoas estejam infectadas pelo vírus da hepatite C (HCV) em todo o mundo e que cerca de 400 mil vão a óbito todo ano, devido a complicações desta infecção (BRASIL, 2019). Portando, os exames admissionais e pós-admissionais são essenciais para a avaliação completa e o conhecimento acerca do estado sorológico do paciente, possibilitando a implementação de uma devida assistência de enfermagem durante a hemodiálise, prevenindo a transmissão do HCV proveniente da contaminação pós-admissional.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento do presente estudo é importante para ressaltar a assistência de enfermagem ao paciente em hemodiálise com hepatite C, de modo a evitar a transmissão do HCV em pacientes com insuficiência renal crônica em programa de hemodiálise, devido aos altos índices de infecção pela hepatite C entre esse grupo.

Através desse relato de experiência foi observado que os pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise (HD) estão em condições favoráveis para a contaminação pelo vírus da hepatite C, como foi relatado durante essa pesquisa. Com esse quadro, foram desenvolvidos diversos métodos práticos aplicáveis à assistência de enfermagem para evitar a contaminação pelo HCV entre pacientes de HD.

A implantação dessas medidas na organização assistencial de enfermagem para com pacientes em hemodiálise demonstrou-se um método eficaz para a redução dos níveis de infecção e transmissão do HCV. Ademais, constatou-se a necessidade da realização de testes sorológicos, trimestrais ou semestrais, para a hepatite C, visando a eficácia e amplitude dos cuidados de enfermagem em pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise e a minimização dos riscos de transmissão do HCV nas unidades de diálise.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada – **RDC n° 11, de 13 de março de 2014, dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Diálise e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 de mar.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). **Healthcare-Associated Hepatitis B and C Outbreaks (≥ 2 cases) Reported to the CDC 2008-2019**. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2019.

GOUVEIA, E. C. et al. Identificação de ponto de corte no nível sérico da alanina aminotransferase para rastreamento da hepatite C em pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v.37, n.1, 2004.

MARTINS, T.; SCHIAVON, J. L. N.; SCHIAVON, L. L. Epidemiologia da infecção pelo vírus da hepatite C. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.57, n.1, p.107-112, 2011.

MÓIA, L. J. M. P. et al. Aspectos epidemiológicos de pacientes com doença renal crônica e hepatite C submetidos a hemodiálise em Belém (PA). **Rev. para. med**, v.28, n.1, 2014.

OLIVEIRA, M. L. P. et al. Diagnóstico da hepatite C em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise: qual a melhor estratégia? **Rev. Bras. Nefrol.**, v.31, n.2, p.154-162, 2009.

Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). **SBN informa: Censo de diálise revela 40 mil novos pacientes em 2017 no país**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2018.

STRAUSS, E. Hepatite C. **Rev. da Soci. Bras. de Med. Tropical**, v. 34, n.1, p.69-82, jan-fev, 2001.

CAPÍTULO 8

VARIÁVEIS FAMILIARES E DE NUPCIALIDADE ASSOCIADAS A SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO: ESTUDO TRANSVERSAL

Data de aceite: 01/08/2021
Data de submissão: 06/05/2021

Renata Figueiredo de Oliveira
Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo
São Paulo – SP
http://lattes.cnpq.br/6028350072224735

Rosemeire Sartori de Albuquerque
Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo
São Paulo – SP
http://lattes.cnpq.br/4111428284499557

RESUMO: As síndromes hipertensivas representam a segunda causa de morte materna em todo o mundo, e a primeira causa no Brasil, suscitando esforços para redução dos fatores que colaboram com as mortes maternas evitáveis. Objetivou-se conhecer as variáveis familiares e de nupcialidade das síndromes hipertensivas em puérperas e identificar a sua associação com a hipertensão gestacional. Trata-se de um estudo transversal realizado no Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, localizado na Zona Leste da cidade de São Paulo, onde foram entrevistadas e coletados dados secundários de prontuários de 89 puérperas, divididas em não hipertensas (43) e hipertensas (46), no período de julho a agosto de 2020. Os resultados evidenciaram que as puérperas dos dois grupos se mostraram parecidas quanto aos dados sociodemográficos. Nos dados de histórico obstétrico, a maioria nos dois grupos era primigesta, não tinha tido aborto, gravidez única e não fez inseminação artificial. Imperou o valor de pressão arterial na internação menor que 120x80mmHg entre as não hipertensas e maior que 130x80mmHg dentre as hipertensas. Não houve diferenças significativas em relação aos dados neonatais entre os grupos. Quanto aos dados familiares, a hipertensão crônica compôs a doença mais prevalente nas famílias de todas as puérperas, embora quando analisado separadamente cada grupo, percebe-se que no grupo de hipertensas, houve uma tendência a ser maior esse dado. Já os dados de nupcialidade houve maior índice de puérperas não hipertensas com dois filhos e com tempo de coabitação de dois a cinco anos e, quando às hipertensas, foi mais evidente apenas um filho e mais que dez anos de moradia junto com o parceiro. Conclui-se que houve associação entre variáveis familiares e hipertensão gestacional, apontando que os distúrbios hipertensivos ocorrem mais frequentemente em mulheres com histórico familiar materno de hipertensão, entretanto, quanto às variáveis de nupcialidade, não foi encontrado associações.

PALAVRAS - CHAVE: Hipertensão induzida pela gravidez; Relações familiares; Espermatozoides; Fatores de risco; Mortalidade materna.

FAMILY AND NUPTIALITY VARIABLES ASSOCIATED WITH HYPERTENSIVE SYNDROMES IN PREGNANCY: A CROSS-SECTION STUDY

ABSTRACT: The hypertensive syndromes represent the second leading cause of maternal

death worldwide, and the first leading cause in Brazil, raising efforts to reduce the factors that contribute to preventable maternal deaths. The aims were to know the family and nuptiality variables of hypertensive syndromes in puerperal women and to identify their association with gestational hypertension. This is a cross-sectional study conducted at Leonor Mendes de Barros Maternity Hospital, located in the East Zone of the city of São Paulo, where were interviewed and collected secondary data from medical records of 89 puerperal women, distributed among non-hypertensive women (43) and hypertensive women (46), from July to August 2020. The results showed that the puerperal women in both groups were similar in terms of sociodemographic data. In the obstetric history data, the majority in both groups were primiparous, had not had an abortion, single pregnancy and all did not have artificial insemination. Blood pressure prevailed at hospitalization less than 120x80mmHg among non-hypertensive women and greater than 130x80mmHg among hypertensive women. There were no significant differences in relation to neonatal data between groups. Related to family data, chronic hypertension was the most prevalent disease in the families of all puerperal women, although when analyzed separately each group, it is clear that in the group of hypertensive women, there was a tendency to be greater this data. The nuptiality data, on the other hand, had a higher rate of non-hypertensive puerperal women with two children and cohabitation time of two to five years and, in the case of hypertensive women, only one child was more evident and more than ten years of living together with the partner. In conclusion, there was an association between family variables and gestational hypertension, pointing out that hypertensive disorders occur more frequently in women with a maternal family history of hypertension, however, regarding the nuptiality variables, no associations were found.
KEYWORDS: Hypertension Pregnancy-Induced. Family Relations; Spermatozoa; Risk factors; Maternal mortality.

1 | INTRODUÇÃO

As síndromes hipertensivas gestacionais (SHG) correspondem a distúrbios que elevam a pressão arterial acima dos parâmetros de normalidade – 140/90 mmHg – em mulheres no período gestacional. A hipertensão arterial pode acometer a gestação das seguintes formas: a hipertensão crônica e a hipertensão gestacional. Específica do período gravídico, a hipertensão gestacional é ainda classificada em pré-eclâmpsia, pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica, eclampsia e síndrome de HELLP (QUEIROZ, 2018).

Nesse sentido, a hipertensão crônica, ou denominada hipertensão pré-existente, compreende “aquela que antecede a gravidez” ou “que se desenvolve com menos de 20 + 0 semanas de gestação”. Já a hipertensão gestacional é definida pelo aparecimento de hipertensão a partir de 20 + 0 semanas de gravidez, sem a ocorrência de proteinúria, desaparecendo até 12 semanas após o parto (VON DADELSZEN et al., 2016).

Por outro lado, a pré-eclâmpsia é considerada um distúrbio hipertensivo comumente definido pela proteinúria de início recente e possivelmente por outras condições adversas, como cefaleia, distúrbios visuais, dor abdominal, plaquetopenia e aumento de enzimas hepáticas (VON DADELSZEN et al., 2016). Tendo como base tais parâmetros, o diagnóstico

clássico de pré-eclâmpsia é composto pela “gravidez > 20 semanas, proteinúria e hipertensão arterial de 140/90 mmHg. No entanto, as evidências atuais propõem mudança na definição de pré-eclâmpsia com um novo corte de pressão arterial 130/80 mmHg (SISTI & COLOMBI, 2019).

Ainda relacionado às definições das síndromes hipertensivas gestacionais, há a pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica, a qual se desenvolve em função da presença de proteinúria agravados em uma mulher já hipertensa. A eclampsia, por sua vez, configura “um agravamento da pré-eclâmpsia com envolvimento neurológico, podendo apresentar convulsões ou coma”. Finalmente, o desenvolvimento da síndrome de HELPP é mais um dos agravos da hipertensão, em que ocorre lesão hepatocelular, sendo o quadro composto por hemólise, plaquetopenia e elevação das enzimas hepáticas (QUEIROZ, 2018).

Em termos epidemiológicos, as síndromes hipertensivas estão como a segunda causa de morte materna em todo o mundo, sobressaindo-se apenas as hemorragias. No Brasil, ao contrário do perfil mundial, as afecções mencionadas se manifestam como a primeira causa de mortalidade materna, afligindo entre 5 e 17% das gestantes (ANTUNES et al., 2017). Somado a essa estatística, a prevalência de mortalidade materna em gestantes com SHG alcança 60 a 86%, e a mortalidade fetal, 56 a 75%, além de serem classificadas entre as causas mais importantes de internações gestacionais em unidade de terapia intensiva (UTI) (KERBER & MERELE, 2017).

As síndromes hipertensivas podem, além de tudo, comprometer a saúde materna e neonatal. Dentre as complicações maternas mais frequentes e relevantes estão: descolamento prematura da placenta, encefalopatia hipertensiva, falência cardíaca, comprometimento renal e coagulopatias (ANTUNES et al., 2017). Em relação ao comprometimento neonatal, verifica-se restrição do crescimento intrauterino, sofrimento fetal, morte intraútero, baixo peso ao nascer, cesáreas, baixos índices de Apgar e prematuridade (KERBER & MERELE, 2017).

Por fim, a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável transparece relevância considerável no contexto da hipertensão na gestação, uma vez que propõe, em um de seus planos de ações, a seguinte meta: “até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos”. Esta meta contempla o terceiro objetivo da agenda: “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades” (CARVALHO, 2015).

Diante do mencionado, o estudo acerca das síndromes hipertensivas gestacionais representa um meio para atingir uma das metas da Agenda 2030, pois se configura como um dos principais determinantes de mortalidade materna. Similarmente, possibilita contribuir para direcionar cuidados mais especializados e medidas preventivas, os quais podem, portanto, prolongar a gestação e diminuir os riscos maternos fetais. Diante do mencionado, a pesquisa visou conhecer as variáveis familiares e de nupcialidade das síndromes hipertensivas das puérperas atendidas no Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros

(HMLMB) e identificar sua associação com as síndromes hipertensivas gestacionais.

2 I MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, cuja característica principal é a observação de variáveis realizadas em um único momento, permitindo que se observe diretamente o fenômeno a ser pesquisado, em um curto espaço de tempo (ZANGIROLAMI-RAIMUNDO et al., 2018).

O Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, localizado na Zona Leste da cidade de São Paulo, foi a instituição selecionada para a presente pesquisa, pela razão de ser referência para alto risco materno-fetal. A pesquisa foi realizada nas unidades de internação Alojamento Conjunto (AC) e Centro de Parto Normal (CPN), locais onde permaneciam puérperas após seis horas de parto.

As participantes do estudo consistiram em puérperas que tiveram seus bebês no Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, nos meses destinados a coleta de dados, incluindo mulheres com síndrome hipertensiva e mulheres sem a doença.

Os critérios de inclusão foram falar e/ou compreender português, ter entre 18 e 49 anos e concordar em participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido informado. Por outro lado, os critérios de exclusão foram a ocorrência de óbito fetal e condições clínicas maternas desfavoráveis.

As variáveis de exposição, pensadas a partir do levantamento bibliográfico, possibilitou o agrupamento conforme **Quadro 1** a seguir:

Dados sociodemográficos	**Histórico obstétrico**	**Dados obstétricos da atualidade**	**Dados neonatais**	**Variáveis familiares**	**Variáveis de nupcialidade**
Idade	Antecedentes obstétricos	Idade gestacional do parto (DUM e USG)	Sexo	Histórico positivo de síndrome hipertensiva materna na gestação atual	Número de gestações
Procedência	Comorbidades	Tipo de parto	Data e hora do nascimento	Histórico positivo de síndrome hipertensiva gestacional em gestações anteriores	Intervalo interpartal
Naturalidade	Histórico de gemelar	Pressão arterial no momento da admissão;	Peso de nascimento	Histórico positivo familiar materno para síndrome hipertensiva	Tempo de relacionamento com o pai do bebê - período de coabitação

Nacionalidade	Histórico de inseminação artificial.	Início e número de consultas do pré-natal	Apgar (1º e 5º min)	Histórico positivo familiar paterno para síndrome hipertensiva	Mudança de parceiro
Escolaridade		Pressão arterial da gestante (momento da admissão)	Estatura, perímetro cefálico e torácico	Histórico familiar de doenças	Uso de preservativo
Profissão/Ocupação		Profissional que assistiu o parto	Capurro somático	Histórico positivo de síndrome hipertensiva em uma antiga parceira do pai	Nupcialidade atual e passada
Estado civil		Local do parto	Classificação (AIG, PIG ou GIG)		Realização de inseminação artificial
Etnia		Comorbidades na gestação atual			Gestação gemelar

Quadro 1. Variáveis de exposição para o estudo, São Paulo, SP, 2020.

Como fonte de dados, realizou-se uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados Portal de Periódicos CAPES/MEC, Google Acadêmico e Scielo, entre os anos de 2015 a 2020, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola. Os descritores relacionados a busca realizada foram: Hipertensão induzida pela gravidez; Relações familiares; Espermatozoides; Fatores de risco; Mortalidade materna.

No período destinado à coleta dos dados, 90 puérperas foram elegíveis sendo convidadas a participar do estudo. Durante o recrutamento e a alocação das participantes, uma (01) foi excluída por não dar continuidade aos questionamentos. Dessa maneira, a amostra da pesquisa foi de 89 puérperas, as quais foram alocadas em dois grupos, um denominado “hipertensas” composto por 46 participantes e o outro de “não hipertensas”, incluindo 43.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Artes, Ciências e Humanidades - Universidade de São Paulo, sob parecer 4.063.232, aprovado no dia 2 de junho de 2020, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, sob protocolo 3.867.753, aprovado no dia 19 de fevereiro de 2020. Desse modo, a pesquisa cumpriu com todos os princípios éticos exigidos para estudos científicos, incluindo a participação voluntária, a privacidade dos participantes e a confidencialidades das informações.

Após a aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições correspondentes, deu-se início ao reconhecimento do campo de pesquisa. Reconhecido a instituição do estudo, começou-se a aplicação do piloto, do qual serviu para aprimoramento e adequações do instrumento de pesquisa, além da padronização dos procedimentos de

coleta de dados. O instrumento de coleta incluiu a aplicação de um questionário com questões fechadas às puérperas e a verificação de dados secundários (prontuários). As mulheres que concordavam em participar do estudo assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando uma cópia com elas para própria segurança. Ao assinar o termo, iniciava-se as perguntas do questionário de modo padronizado, explicando também o que e quais eram as síndromes hipertensivas, a fim de que as respostas fossem conscientes, e o conhecimento equiparado. Finalmente, depois de finalizar as entrevistas, analisavam-se os prontuários tanto da mãe quanto do bebê, complementando as informações pertinentes.

Concluído o processo de coleta de dados, estes foram agrupados e organizados em uma planilha do Excel, a partir de uma tabela com as seguintes informações: identificação, dados sociodemográficos, histórico obstétrico, dados obstétricos da atualidade, dados neonatais e, por fim, dados familiares e de nupcialidade.

A análise e a interpretação dos respectivos dados se sucederam por meio da utilização dos próprios recursos do programa, de modo a levantar a prevalência de cada uma das variáveis e compará-las nos grupos de hipertensas e de não hipertensas. Os resultados obtidos com os dados do questionário foram ordenados a partir de uma tabela de contingência, da qual fundamentou a discussão posteriormente.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, a caracterização sociodemográfica das puérperas com síndromes hipertensivas do presente estudo evidenciou idade acima de 33 anos (50%), pardas (45,65%), com ensino médio completo (54,35%), empregadas (93,73%) e casadas (34,98%). Tais achados convergem majoritariamente com os perfis traçados por uma pesquisa atual, evidenciando que gestantes diagnosticadas com síndromes hipertensivas apresentaram uma média de 30,9 anos, eram pardas, possuíam até 11 anos de escolaridade, tinham vínculo empregatício, porém encontravam-se em união estável (JACOB et al., 2020). Em contrapartida, a prevalência de mulheres brasileiras (92,13%), nascidas em São Paulo (70,79%) e residentes da zona leste (85,39%), nos grupos “não hipertensas” e “hipertensas”, pode estar correlacionado com a localização do hospital onde ocorreu a coleta dos dados e com um dos critérios de inclusão, falar e compreender português, estabelecido para a pesquisa.

Em relação ao histórico obstétrico, constatou-se maior prevalência de primigestas em ambos os grupos (31,46%) e de primípara nas “hipertensas” (39,13%), além de que o abortamento esteve mais presente nas “não hipertensas” (30,24%), apesar de a maioria como um todo, não ter abortado (73,03%). Esses dados concordam de certa forma com a literatura vigente, pois foi identificado a primiparidade como fator de risco para hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia (ASSIS et al., 2008). Referente ao abortamento, uma segunda pesquisa revelou não haver relação entre abortos anteriores à gestação e pré-eclâmpsia,

contudo não há informações acerca das outras síndromes hipertensivas, o que torna o presente achado impassível de alcançar conclusões precisas (AMORIM et al, 2017).

Além disso, no presente estudo encontrou-se que o histórico de síndromes hipertensivas em gestações anteriores esteve relacionado às “hipertensas” (39,13%), respectivamente à hipertensão gestacional (23,91%), pré-eclâmpsia (8,7%) e hipertensão crônica (6,52%). Dados parecidos foram encontrados no estudo de Sbardelotto e colaboradores (2018), onde os antecedentes pessoais também demonstraram estar relacionados à ocorrência da síndrome hipertensiva gestacional, porém sendo mais evidentes na pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica.

Os dados obstétricos da atualidade, por sua vez, resultaram em nascimentos com idade gestacional termo, no período de 37 a 41 6/7 semanas, para maioria de ambos os grupos (93,26%), porém a cesariana (71,74%) e a pressão arterial maior que 130/80 mmHg (67,39%) foram mais prevalentes nas mulheres com hipertensão. Quanto a essa questão, os estudos relatam que realmente a taxa de cesariana é maior nas mulheres com hipertensão, porém a indução do parto é preferível sempre que possível, justificada entre os autores que se dá por trazer menos riscos à saúde da mulher, levando ao entendimento de que “o excesso de cesarianas sem indicação clínica, pode estar associado a maior risco para a saúde dessas mulheres e seus fetos” (MAIA, 2018). Além disso, a prevalência de uma pressão arterial maior que 130/80 mmHg nas mulheres com hipertensão corrobora com a proposta de um novo corte de pressão arterial, especificamente para definição de pré-eclâmpsia, de 140/90 mmHg para 130/80 mmHg. (SISTI & COLOMBI, 2019).

Nos dados encontrados nessa pesquisa, não houve diferença entre os grupos quanto ao início em que se deu o pré-natal e o número de consultas, prevalecendo o início até 9 6/7 semanas (56,18%) e com mais de 8 consultas (82,02%). O achado é essencial para avaliação da assistência obstétrica, uma vez que o Ministério da Saúde, em seu Caderno de Atenção Básica – Atenção ao pré-natal de baixo risco recomenda o início precoce das consultas, com um número igual ou superior a seis, com atenção especial a gravidezes de alto risco (BRASIL, 2012). No entanto, mesmo tendo alcançado à recomendação proposta, boa parte do grupo das “hipertensas” atingiu níveis pressóricos elevados na admissão hospitalar com possíveis complicações, o que indica a necessidade de se considerar a qualidade do pré-natal para além da sua quantidade. Nessa perspectiva, uma revisão sistemática acerca da influência da assistência pré-natal no acometimento de síndromes hipertensivas gestacionais demonstrou “a importância de maior cuidado pré-natal como medida de promoção da saúde e redução da ocorrência de hipertensão induzida pela gravidez” (DUTRA et al., 2018).

Os achados de nosso estudo mostram predomínio de médicos como responsáveis pelos partos (91,01%), bem como o centro obstétrico como local de nascimento (91,01%). Vale destacar que o fato se deu pela situação de pandemia do novo coronavírus causando a COVID-19, vivida na época da coleta dos dados, que requereu nova organização da

rotina e estrutura hospitalar, resultando em maior número de partos ocorridos na unidade de Centro Obstétrico e maior número de puérperas em suítes isoladas na unidade de Centro de Parto Normal.

Embora a autonomia do enfermeiro obstetra/obstetriz esteja clara na Resolução COFEN n° 0516/2016, cabendo a ele o atendimento de gestantes, parturientes e puérperas de risco habitual, deixa também explicito que diante do risco identificado, no caso aqui as hipertensas, a assistência devem ser compartilhadas com o médico, fato respeitado nos protocolos institucionais do local aonde a pesquisa atual se deu. Porém, torna-se imprescindível refletir acerca dos dados aqui encontrados e sobre as ações e impactos que o cuidado multiprofissional se dá no desfecho da gestação, mesmo quando essa se trata de gestantes com diagnóstico de hipertensão, uma vez que o trabalho do enfermeiro é norteado pelo cuidado, e o do médico majoritariamente pelo tratamento. Desse modo, a presença de ambos os profissionais traz benefícios à mulher, favorecendo que a fisiologia do processo de nascimento e o nascimento, independentemente da via, seja seguro e centrado nas necessidades da mulher (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2016).

No que concerne aos problemas de saúde da gestação atual, o grupo das "hipertensas" foi responsável pela maior carga de comorbidades, representado respectivamente pela pré-eclâmpsia (47,83%), seguido de hipertensão gestacional (36,96%), diabetes gestacional (30,43%), hipertensão crônica (15,22%), dentre outras. Nesse sentido, a literatura também evidencia ocorrência mais frequente da pré-eclâmpsia, dentre as síndromes hipertensivas pesquisadas (ASSIS et al., 2008). Ademais, a diabetes gestacional esteve mencionada por alguns estudos como uma das doenças que favorecem o desenvolvimento das síndromes hipertensivas, verificando-se uma associação também na presente pesquisa (OLEGÁRIO, 2019).

Os resultados relacionados aos dados neonatais não trouxeram associações em conformidades com a literatura científica disponível nas bases de dados pesquisadas, pois os desfechos do presente estudo revelaram que em ambos os grupos preponderou recém-nascidos do sexo masculino (55,06%), peso de nascimento entre 3.000 e 3.500g (32,58%), com Apgar 9-10 no 1° (74,16%) e no 5° minuto de vida (94,38%) e Capurro Somático de 37 a 41 6/7 semanas (95,51%). Porém, outras pesquisas voltadas às características dos neonatos de gestantes com síndromes hipertensivas gestacionais apontaram para a prematuridade e baixo peso para a idade gestacional como prevalente no grupo, fato não evidenciado no presente estudo (ALBRECHT et al., 2019). Por fim, somente os escores de Apgar foram compatíveis com um dos estudos analisados, em que "a média do Apgar no 1º minuto de vida foi de 8,2, e no 5º minuto 9,1" (SBARDELOTTO et al., 2018).

Embora os resultados em relação aos dados familiares demonstraram o histórico familiar de hipertensão crônica, como o mais recorrente dentre as não hipertensas e hipertensas (64,04%), quando analisados os grupos separadamente, percebe-se que no grupo das hipertensas há discreto aumento (69,57%) comparado com as não hipertensas

(58,14%). Porventura, acreditamos que se o número de mulheres pesquisadas fosse maior do que o disposto nesse estudo, haveria melhor condição de análise de significância do dado.

Estudos acerca de hipertensão e fatores predisponentes mostram que as desordens hipertensivas, sobretudo a pré-eclâmpsia, ocorrem com maior frequência em mulheres geneticamente predispostas, tendo como destaque, a hipertensão arterial crônica. (AMORIM et al., 2017)tinham ensino fundamental (41,6%. Em nosso estudo, mesmo com número pequeno amostral, dado semelhante foi encontrado, onde, dentre as mulheres com histórico familiar de hipertensão, despontou como mais evidente a hipertensão crônica no grupo de hipertensas. Sendo assim, esse estudo corrobora com os demais em que o histórico familiar corresponde uma variável importante para analisar a incidência de síndromes hipertensivas na gestação.

Na presente pesquisa, os dados acerca da nupcialidade apontam para a maior incidência de nascimento do primeiro filho no grupo das "hipertensas" (36,96%), já para a permanência de relação sexuais com o pai do último filho em ambos os grupos (92,13%) e em um período de dois a cinco anos (35,96%). Dentre as puérperas que referiram uso da camisinha com alguma frequência, estiveram em maior escala as do grupo de "não hipertensas" (34,88%), além de que os dois grupos citaram prevalentemente que já estiveram com outro (s) parceiro (s) (71,91%), entre dois e cinco anos (35,96%), porém com predominância em possuir filhos com antigo (s) parceiro (s) (62,92%).

Com os dados encontrados acima, percebe-se que os resultados não favorecem associações consistes com relação as variáveis de nupcialidade, quando comparados aos demais estudos disponíveis na literatura. Nesse sentido, as orientações e recomendações da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) pontuam a gestação com parceiro diferente e a pouca exposição ao esperma e líquido seminal como fatores predisponentes a síndromes hipertensivas, com nível de evidência médio ou fraco. Dessa forma, "a exposição materna a novos antígenos fetais oriundos de outro parceiro" e "as mulheres que usam métodos de barreira ou aquelas que engravidam nas primeiras relações sexuais" teriam incidência aumentada para pré-eclâmpsia. Tais questões revelam, portanto, a necessidade de novos estudos, a fim de proporcionarem melhor análise e, portanto, impacto nas evidências científicas (FEBRASGO, 2017)pois é uma das maiores causas de mortalidade materna e perinatal no Brasil. Embora ainda se afirme que há subestimação das estatísticas, a sua incidência calculada para o nosso país é de 1,5% para a pré-eclâmpsia (PE.

4 I CONCLUSÕES

A pesquisa sobre as variáveis familiares e de nupcialidade associadas a síndromes hipertensivas na gestação permitiu conhecer que o perfil sociodemográfico da maioria,

somados ambos os grupos, tinham idade maior ou igual a 33 anos (35,96%), eram brasileiras (92,13%), nascidas no estado de São Paulo (70,79%), residentes na região leste da capital paulista (85,39%), trabalhavam (69,66%), se identificaram como pardas (47,19%), porém, quanto ao estado civil as solteiras (44,19%) foram as mais incidentes no grupo de não hipertensas e as casadas (34,78%), no grupo das hipertensas.

A partir dos dados coletados, tabulados e analisados, conclui-se que, em relação ao histórico obstétrico, a primiparidade e os antecedentes pessoais se relacionam com a hipertensão gestacional. Quanto aos dados obstétricos da atualidade, infere-se que a taxa de cesariana é maior nas mulheres com hipertensão, assim como a pressão arterial é comumente maior que 130/80 mmHg. Da mesma forma, a pré-eclâmpsia compreende a comorbidade mais comum entre as síndromes hipertensivas pesquisadas, e a diabetes favorece o seu desenvolvimento.

Os achados relacionados aos dados neonatais, por sua vez, não trazem grandes significâncias para o estudo, uma vez que não há associações em conformidades com a literatura científica disponível nas bases de dados pesquisadas.

O estudo permitiu, então, conhecer as variáveis familiares e de nupcialidade das síndromes hipertensivas de puérperas com e sem diagnóstico de hipertensão na internação, atendidas no Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros, na cidade de São Paulo.

A interpretação dos dados encontrados possibilitou identificar associação entre as variáveis familiares e as síndromes hipertensivas gestacionais, verificando que os distúrbios hipertensivos ocorrem mais frequentemente em mulheres com histórico familiar de hipertensão. Por outro lado, os achados não favorecem associações com relação as variáveis de nupcialidade e o desenvolvimento da hipertensão.

Em relação as limitações do estudo, o tamanho amostral pequeno pode ter interferido na análise estatística. Apesar do fato, é válido destacar que os resultados encontrados contribuem para o direcionamento de cuidados mais especializados e de medidas preventivas, os quais permitem prolongar a gestação e diminuir os riscos maternos fetais.

Desse modo, a realização de novas pesquisas acerca das síndromes hipertensivas na gestação se configura essencial, a fim de proporcionar uma compreensão cada vez mais evidente e atual do tema, de modo a agregar os níveis de evidência científica, a implementar medidas de prevenção e, consequentemente, a diminuir os índices de mortalidade materna decorrente desses distúrbios.

REFERÊNCIAS

ALBRECHT, Cristiane Carla et al. **Características evidenciadas em recém-nascidos de gestantes hipertensas e diabéticas: revisão sistemática da literatura**. Journal of Nursing and Health, v. 9, n. 1, 2019.

AMORIM, Fernanda Cláudia Miranda et al. **Perfil de gestantes com pré-eclâmpsia.** Revista de enfermagem UFPE on line, v. 11, n. 4, p. 1574-83, 2017.

ANTUNES, M. B et al. **Hypertensive Syndrome and Perinatal Outcomes in High-Risk Pregnancies.** REME: Revista Mineira de Enfermagem, v. 21, p. 1–6, 2017.

ASSIS, Thaís Rocha; VIANA, Fabiana Pavan; RASSI, Salvador. **Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 91, n. 1, p. 11-17, 2008.

BERHAN, Yifru. **No Hypertensive Disorder of Pregnancy; No Preeclampsia-eclampsia; No Gestational Hypertension; No Hellp Syndrome. Vascular Disorder of Pregnancy Speaks for All.** Ethiopian journal of health sciences, v. 26, n. 2, p. 177–186, 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** 2012.

CARVALHO, A. P. DE. **Objetivos do desenvolvimento sustentável**. GV-executivo, v. 14, p. 72, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 0516/2016. **Normatização da atuação e da responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência**, 2016.

DUTRA, Gláucya Raquel Souza da Fonsêca et al. **Prenatal Care and Hypertensive Gestational Syndromes: A Systematic Review**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 40, n. 8, p. 471-476, 2018.

FEBRASGO. **Pré-eclâmpsia nos seus diversos aspectos**. v. 8, p. 56, 2017.

JACOB, Lia Maristela da Silva et al. **Perfil socioeconômico, demográfico e obstétrico de gestantes com Síndrome Hipertensiva de uma maternidade pública.** Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 41, n. 0, p. 1–7, 2020.

KERBER, Guenevere de Franceschi; MELERE, Cristiane. **Prevalência de síndromes hipertensivas gestacionais em usuárias de um hospital no sul do Brasil.** Revista Cuidarte, v. 8, n. 3, p. 1899-1906, 2017.

MAIA, Liana Koslinski et al. **Cuidado obstétrico durante o trabalho de parto e parto de mulheres com hipertensão na gravidez: análise secundária do estudo Nascer no Brasil**. 2018.

OLEGÁRIO, Walnizia Kessia Batista et al. **Fatores de risco associados à hipertensão em gestantes**. 2019.Tese de mestrado. Universidade Federal da Paraíba.

QUEIROZ, M. R. **Síndromes hipertensivas na gestação no Brasil - estudo a partir dos dados da pesquisa "Nascer no Brasil: Inquérito Nacional Sobre o Parto e Nascimento", 2011 - 2012**. 2018. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo.

SBARDELOTTO, Taize. et al. **Defining characteristics and factors associated with the occurrence of gestational hypertensive syndromes.** Cogitare Enfermagem, v. 23, n. 2, 2018.

SISTI, G.; COLOMBI, I. **New blood pressure cut off for preeclampsia definition: 130/80 mmHg.** European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology, v. 240, p. 322–324, 2019.

VON DADELSZEN, P.; CAMPOS, D. A.; BARIVALALA, W. **Classification of the hypertensive disorders of pregnancy**. The FIGO Textbook of Pregnancy Hypertens: an Evidence-Based Guide to Monitoring, Prevention and Management. London: Global Library of Women's Medicine, p. 33-61, 2016.

ZANGIROLAMI-RAIMUNDO, J.; ECHEIMBERG, J. O.; LEONE, C. **Tópicos de metodologia de pesquisa: Estudos de corte transversal.** Journal of Human Growth and Development, v. 28, n. 3, p. 356–360, 2018.

CAPÍTULO 9

DIFICULDADES VIVENCIADAS POR ENFERMEIROS DURANTE A ASSISTÊNCIA À PARTURIENTE NA SALA DE PRÉ-PARTO

Data de aceite: 01/08/2021

Data de submissão: 24/06/2021

Rosane da Silva Santana
Universidade Federal do Ceará – UFC, Brasil
https://orcid.org/0000-0002-0601-8223

Maria Almira Bulcão Loureiro
Universidade Federal do Maranhão - UFMA, Brasil
https://orcid.org/0000-0003-3234-2833

Silvana do Espirito Santo de Castro Mendes
Universidade Federal do Maranhão - UFMA, Brasil
https://orcid.org/0000-0001-5723-5941

Nivia Cristiane Ferreira Brandão Soares
Universidade Federal do Maranhão - UFMA, Brasil
https://orcid.org/0000-0001-9284-6393

Amanda Karoliny Meneses Resende
Universidade Federal do Piauí - UFPI, Brasil
http://lattes.cnpq.br/3126388137953689

Elizama Costa dos Santos Sousa
Universidade Federal do Piauí - UFPI, Brasil
https://orcid.org/0000-0003-3870-5404

Maria Nauside Pessoa da Silva
Faculdade Maurício de Nassau, Brasil
https://orcid.org/0000-0001-6040-315X

Ravena de Sousa Alencar Ferreira
Universidade Federal do Piauí - UFPI, Brasil
http://lattes.cnpq.br/4928044151147868

Lígia Maria Cabedo Rodrigues
Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, Brasil
http://lattes.cnpq.br/6985402129123921

Fernanda Mendes Dantas e Silva
Universidade Federal do Piauí – UFPI, Brasil
https://orcid.org/0000-0003-3084-3263

Maria Luzilene dos Santos
Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí - HU/UFPI, Brasil
https://orcid.org/0000-0003-3571-7047

Dhenise Mikaelly Meneses de Araújo
Universidade do Vale do Paraíba, Brasil
https://orcid.org/0000-0002-2123-3829

RESUMO: **Objetivo**: Conhecer as dificuldades vivenciadas por profissionais enfermeiros durante a assistência à parturiente na sala de pré-parto. **Metodologia**: Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, envolvendo 06 profissionais enfermeiros que atuavam no setor de pré-parto de uma maternidade de caráter privado, localizada em Teresina/PI. Os dados foram coletados no período de agosto a setembro de 2016, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer 94.969. Foram utilizadas entrevistas individuais com as participantes, guiadas por um roteiro semiestruturado. **Resultados**: O estudo foi realizado com uma amostra total de participantes do sexo feminino e possibilitou evidenciar que dentre as principais dificuldades vivenciadas por essas profissionais, destacou-se os conflitos e

as dificuldades quanto à ampliação ou liberdade das ações das enfermeiras, a anisiedade tanto por parte da mulher como também da família e ainda a falta de preparo da gestante no pré-natal. **Conclusão**: Asim, acredita-se que essas dificuldades podem ser sanadas ou minimizadas por meio da realização de um pré-natal bem acompanhado e assistido, visando elucidar dúvidas e questionamentos das gestantes.
PALAVRAS - CHAVE: Trabalho de parto; Parturientes; Assistência de enfermagem.

DIFFICULTIES EXPERIENCED BY NURSES DURING ASSISTANCE TO PARTURENTS IN THE PREPARENTIAL ROOM

ABSTRACT: Objective: To know the difficulties experienced by professional nurses during assistance to parturients in the pre-delivery room. **Methodology:** This is a descriptive research with a qualitative approach, involving 06 professional nurses who worked in the pre-partum sector of a private maternity hospital, located in Teresina/PI. Data were collected from August to September 2016, after approval by the Research Ethics Committee under opinion 94,969. Individual interviews were used with the participants, guided by a semi-structured script. **Results:** The study was carried out with a total sample of female participants and made it possible to show that among the main difficulties experienced by these professionals, conflicts and difficulties regarding the expansion or freedom of nurses' actions, anxiety both for part of the woman as well as the family and also the lack of preparation of the pregnant woman in prenatal care. **Conclusion:** Thus, it is believed that these difficulties can be remedied or minimized by carrying out a well-accompanied and assisted prenatal care, in order to clarify doubts and questions from pregnant women.
KEYWORDS: Labor; Parturients; Nursing care.

1 I INTRODUÇÃO

Há muito tempo, o parto e o nascimento era transcorridos em ambiente familiar. A assistência da gestante no pré-parto e parto era feita pelas parteiras e por mulheres da família. Com os avanços tecnológicos e científicos na área de saúde, a assistência ao período puerperal deixou seu lado humanizado, passando a ser hospitalar e medicalizada, com o intuito de amenizar o risco para mãe e filho (BRASIL, 2014).

Com isso, a assistência ao parto passou ser marcada por intervenções desnecessárias. Como exemplo, a prática abusiva da cesariana, isolamento da gestante de seus familiares, longa permanência em salas de pré-parto, usualmente um espaço coletivo, junto com outras mulheres também em trabalho de parto ou com outras intercorrências obstétricas, sem qualquer privacidade ou atenção às suas necessidades particulares (SANTOS; SOUSA, 2015).

Nesse contexto hospitalar e no cuidado, o enfermeiro tem lugar de evidência na equipe, pois é um profissional apto para atender a mulher, desempenhando um papel de extrema importância durante o pré-parto e na política da humanização (SILVA et al., 2015).

O Ministério da Saúde, a partir do ano de 1987, define a participação do enfermeiro na assistência direta à saúde da mulher durante o ciclo gravídico e puerperal como membro

da equipe de saúde. Essa participação é regulamentada pela resolução MS/COFEN número 223 do ano de 1989, na qual normatiza a atuação dos enfermeiros na atuação da mulher no ciclo gravídico puerperal (POLGLIANE et al., 2014).

Os enfermeiros no pré-parto devem estimular práticas com o mínimo deintervenção possível, impulsionar a presença do acompanhante e da família no pré- parto no decorrer do parto, prestar cuidados de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica. Essas ações visam oferecer à mulher a possibilidade de vivenciar com segurança e prazer este momento crucial de sua vida (TUESTA et al., 2014)

Na sala de pré-parto, o enfermeiro deve estar sempre atento as manifestações clínicas que possa indicar algum tipo de intercorrência no parto. Mantendo a gestante sempre informada sobre os procedimentos e sobre a evolução do parto, ensinando condutas a serem tomadas no momento da dilatação, como técnicas de respiração durante os intervalos de contração e de relaxamento (RIBEIRO et al., 2015).

Nesse sentido, o conceito ideal dos cuidados dos enfermeiros com as gestantes envolve a adequação dos recursos físicos, materiais e humanos para transformar o parto mais acolhedor e favorável. Essas práticas estão ligadas com a política de humanização, que preconiza realizar procedimentos seguros e evitar práticas intervencionistas desnecessárias, favorecendo o momento do parto e visando a autonomia da parturiente em relação às condutas e procedimentos (BUSANELLO et al., 2014). Diante do exposto, o presente estudo tem por objetivo conhecer as dificuldades vivenciadas por profissionais enfermeiros durante a assistência à parturiente na sala de pré-parto.

2 | METODOLOGIA

O estudo trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, envolvendo 06 profissionais enfermeiros de uma maternidade de caráter privado, localizada em Teresina/PI.

Para a realização do estudo optou-se por selecionar uma amostra de enfermeiros que atuavam no setor de pré-parto de uma maternidade. Os dados foram coletados no período de agosto a setembro de 2016, por intermédio de entrevistas individuais com as participantes, guiadas por um roteiro semiestruturado.

Para a análise dos resultados, utilizou-se o método do Discurso do Sujeito Coletivo que é considerada um método que favorece o resgate das representações sociais significativas existentes na sociedade e na cultura de um determinado universo, nos quais são realizadas entrevistas individuais com questões abertas, resgatando o pensamento, enquanto comportamento discursivo e fato social internalizado individualmente, podendo ser divulgado e preservando a sua característica qualitativa (ALVÂNTARA; VESCE, 2008).

É importante enfatizar que este estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) para fim de aprovação, e somente após a sua aprovação sob o parecer

94.969, foi realizado o estudo, em conformidade com os princípios e normas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que trata de aspectos éticos em pesquisas que envolvem os seres humanos, visando evitar danos previsíveis aos sujeitos da pesquisa e ainda manter sua dignidade e respeito na autonomia, defendendo-os de sua vulnerabilidade (BRASIL, 2012).

3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto à caracterização dos sujeitos do estudo, convém enfatizar 100% da amostra foi constituída de indivíduos do sexo feminino, com idade entre 29 e 48 anos. Quanto questionadas acerca de especialização em enfermagem obstétrica, apenas 33,3% das enfermeiras relataram ter especialização nessa área.

3.1 Dificuldades vivenciadas por profissionais enfermeiros durante a assistência à parturiente na sala de pré-parto

A Organização Mundial da Saúde reconhece o enfermeiro que assiste e participa do parto como um profissional capacitado para prestar assistência à mulherdesde o momento do pré-parto até o nascimento. No entanto, há bastante evidência de conflitos e dificuldades no que se refere à ampliação ou liberdade das ações desses profissionais, principalmente relacionado com a ansiedade e pela dificuldade das gestantes aceitarem o modo como os enfermeiros prestam assistência (SOUZA et al., 2013).

No relato das falas, as entrevistadas mostraram que não encontram muita dificuldade, algumas citam pequenos obstáculos, que para elas não é considerado como um problema, que é o caso da ansiedade, tanto da parte da mulher como também da família, que muitas vezes acaba dificultando o atendimento. Uma vezque a família fica muito ansiosa e aflita, termina deixando a gestante da mesma maneira, interferindo nas ações dos enfermeiros que estão ali para proporcionar tranquilidade à mulher.

> Bom, as dificuldades mais encontradas pra mim éprincipalmente a ansiedade. A a ansiedade por conta da dor, do trabalho de parto, a ansiedade para ver o bebê, pra ver como ele é, se ele é todo formadinho, se tá tudo bem, e principalmente a ansiedade dos familiares, que às vezes no trabalho de parto, muitas vezes eles atrapalham por conta dessa ansiedade. Então a maior dificuldade que eu encontro é essa (E01).

> Até que eu não encontro muita dificuldade, mas eu vejo que elas não têm a paciência de ter aquele trabalho de parto, porque tudo pra ela é desconhecido. Então elas ficam meio apreensiva, em questão da dor ser insuportável, que tá demorando muito, e isso elas não entendem muito (E02).

Nas falas de E01 e E02, elas evidenciam que a ansiedade é um obstáculo no que se refere aos cuidados de enfermagem, uma vez que as mulheres, principalmente as primícias, que não sabem como é exatamente um parto, elas são bastante ansiosas com relação, principalmente, à dor. Elas não têm paciência de esperar todo aquele processo

demorado e doloroso do parto, que toda essa ansiedade por diversos motivos e o desejo da família de ver o bebê acaba comprometendo a atuação do enfermeiro.

Para Souza, Aguiar e Silva (2015), os enfermeiros encontram muitas dificuldades no preparo das gestantes durante o pré-natal, seja pelos limites expostos por estas mulheres em não aceitar as orientações dos profissionais, interferindo nas condutas ou devido à falta de conhecimentos por partes dos enfermeiros em não orientar essas gestantes de maneira adequada durante o pré- natal, bem como os procedimentos obrigatórios para a realização de um bom trabalho de parto.

> Hoje eu observo que a principal dificuldade é o não preparo da cabeça das gestantes durante o pré- parto. Se elas fossem orientadas de como irá acontecer todas as etapas do parto elas não viriam tão temerosas, ansiosas e chorosas, porque elassaberiam tudo que iriam passar. Quando são dadas todas essas orientações elas ficam mais serenas e colaboram bastante no trabalho de parto. Então o que vejo de mais de dificuldade é o preparo do próprio pré-natal (E03).

> Eu não vejo muita dificuldade, mas a gente ver que opaciente tem a resistência de não querer fazer, de não querer aceitar, de querer interferir na conduta daenfermagem ou do próprio medico. Então é muita coisa voltada para a resistência de algumprocedimento (E04)

Para E03 a falta de preparo da gestante no pré-natal é evidenciada como uma dificuldade quando a mulher chega ao pré-parto. Assim, destaca-se a carência de orientações por parte dos profissionais que acompanham as mulheres no período gestacional e a importância de a mulher chegar ao pré-parto com inúmeras informações sobre as fases do parto, pois caso as orientações tivessem sido repassadas corretamente, essas gestantes simplificariam o trabalho de parto, favorecendo assim a assistência dos enfermeiros.

Outra dificuldade relacionada ao processo de cuidar foi citada pela E04, que em seu discurso relata a falta de confiança em aderir e seguir as orientações repassadas pelo profissional de enfermagem e até mesmo pelo médico, onde muitas vezes as gestantes querem interferir nos procedimentos ou tem certa dificuldade em aceitar as condutas dos profissionais. No entanto, mesmo com esses relatos, a entrevistada diz que não é confrontada com muitas dificuldades.

O enfermeiro obstetra, nos dias atuais, tem plena consciência de seu papel no cenário moderno da obstetrícia, embora tenha que enfrentar ainda severas dificuldades no seu campo de ação onde a falta de estrutura e de equipamentos acaba prejudicando suas atividades. Outro fator importante que vale ressaltar é a dificuldade das pacientes em aceitarem o modelo de ações e as tomadas de decisões dos enfermeiros e médicos (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Nas falas a seguir, observa-se que as entrevistadas não encontram muitas dificuldades no cuidados com as gestantes. Elas apenas se confrontam com a falta de confiança das gestantes em aceitar e concordar com os princípios de cuidados executado

por elas, enfermeiras.

> [...] Eu não percebo muitas dificuldades com as gestantes, principalmente porque quando elas chegam aqui, elas já chegam bem orientadas pelo seu médico com quem elas já fizeram o pré-natal, [...] elas já têm todas as orientações pelos médicos eo resto elas recebem aqui com a gente. Então eu não encaro isso como dificuldade (E05).

> [...] assim, a gente tem uma dificuldade com relação ao tratamento, com a concordância entre o paciente e o enfermeiro, porque eles querem fazer conforme a mãe ensinou ou como a vizinha disse. Às vezes a gente quer passar uma orientação mas específica e científica e elas acham que não, que da maneira delas está correta (E06).

Pode-se perceber que há uma certa contradição nas falas de E03 e E05, onde cada uma tem uma visão diferente sobre o preparo no pré-natal. E03 declara a falta de atenção nas consultas de pré-natal, referindo a carência das orientações a serem repassadas às mulheres, para assim, assumirem o parto com mais calma e confiança. Já na entrevista com E05 há evidência totalmente contrária, relatando que a mulher já chega ao pré-parto bem orientada por seu médico, especificandonão encontrar nenhum tipo de dificuldade por esse fato.

É importante que os enfermeiros não se limitem às rotinas expostas pelo setor de parto, mas também agregue conhecimento e uma postura reflexiva para agir da melhor forma possível frente às diversas situações, uma vez que a orientação adequada às gestantes e a flexibilidade para agir com os diferentes obstáculos, consolidam a profissão de enfermagem e gera assim maior emancipação no local de trabalho.

4 I CONCLUSÃO

O estudo foi realizado com uma amostra total de participantes do sexo feminino e possibilitou evidenciar que dentre as principais dificuldades vivenciadas por essas profissionais durante a sua assistência à parturiente na sala de pré parto, destacou-se os conflitos e as dificuldades quanto à ampliação ou liberdade das ações das enfermeiras, principalmente em relação à ansiedade e à resistência de algumas gestantes a aceitarem o modo como essa assistência é realizada.

Somado a isso, observou-se ainda a falta de preparo da gestante no pré-natal, o qual foi relatado como uma problemática quando a mulher chega à maternidade em trabalho de parto.

Nesse sentido, acredita-se que essas dificuldades podem ser sanadas ou minimizadas por meio da realização de um pré-natal bem acompanhado e assistido, considerando que nessas consultas, diversas dúvidas e questionamentos das gestantes podem ser elucidadas por meio de uma bordagem que considere essas pacientes em seu contexto integral, atentando-se para as suas dificuldades e singularidades.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da saúde. **Caderno Humaniza SUS:** Humanização doparto e do nascimento. v. 4. Brasília – DF, 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**.

BUSANELLO, J. et al. Parto humanizado de adolescentes: concepção dos trabalhadores da saúde**. Rev. de Enf**., v.12, n.3, 2014.

DIAS, M. A. B; DOMINGUES, R. M. S. Desafios de implantação de uma política dehumanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 10, n. 3, 2005.

POLGLIANE, R. B. S. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciência Saúde Coletiva**. v. 19, n. 1, p. 1999-2010, 2014.

RIBEIRO, J. F et al. Percepção de puérperas sobre a assistência à saúde em umcentro de parto normal. **Rev. Enferm. UFSM**, v.5, n.3, p.521-530, 2015.

SANTOS, R. C. S.; SOUZA, N. F. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisãosistemática. **Rev**. **Estação Cient (UNIFAP)**. v. 5, n. 1, p.2-3, 2015.

SILVA, D. C. et al. Perspectiva das puérperas sobre a assistência de enfermagem humanizada no parto normal. **Rev Bras de Educ e Saúde**. Pombal, v. 5, n. 2, p. 50- 56, 2015.

SOUZA, E. B. et al. O processo de trabalho do enfermeiro na assistência ao parto em uma maternidade de curitiba-PR. **Unibrasil,** 2013.

SOUZA, E.N.S.; AGUIAR, M.G.G; SILVA, B.S.M. Métodos não farmacológicos no alívio da dor: equipe de enfermagem na assistência a parturiente em trabalho de parto e parto. **Rev Enf**. v.18, n.2, p.3, 2015.

TUESTA, A. A. et al. Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. **Cad. Saúde Púb**. v. 19, n. 5, p. 2-3, 2014.

CAPÍTULO 10

O ENFERMEIRO NO CUIDADO ÀS MULHERES NO PRÉ-PARTO DE UMA MATERNIDADE PRIVADA

Data de aceite: 01/08/2021

Data de submissão: 18/06/2021

Andrêssa Sales Figueiredo
Faculdade Maurício de Nassau, Brasil
http://lattes.cnpq.br/1202404186249155

Rosane da Silva Santana
Universidade Federal do Ceará – UFC, Brasil
https://orcid.org/0000-0002-0601-8223

Juliana Borges Portela
Faculdade Aliança, Brasil
https://orcid.org/0000-0001-7771-5117

Thamires Ketlyn Gomes Souza
Universidade Estadual do Piauí – UESPI, Brasil
http://lattes.cnpq.br/4402408030520802

Anne de Aguiar Sampaio
Centro Universitário Maurício de Nassau - UNINASSAU, Brasil
http://lattes.cnpq.br/6920620331140304

Verônica Brito Rodrigues
Universidad Central del Paraguay
https://orcid.org/0000-0003-3474-3585

Felipe de Sousa Moreiras
Universidade Federal do Piauí – UFPI, Brasil
https://orcid.org/0000-0002-8703-1429

Ravena de Sousa Alencar Ferreira
Universidade Federal do Piauí – UFPI, Brasil
http://lattes.cnpq.br/4928044151147868

Adalberto Fortes Rodrigues Júnior
Universidade Federal do Piauí – UFPI, Brasil
https://orcid.org/0000-0002-5169-0027

Andressa Maria Laurindo Souza
Universidade Federal do Piauí – UFPI, Brasil
http://lattes.cnpq.br/6111574807213170

Luciana Spindola Monteiro Toussaint
Fundação Municipal de Saúde – FMS, Brasil
http://lattes.cnpq.br/4702187315122289

Fernanda Mendes Dantas e Silva
Universidade Federal do Piauí – UFPI, Brasil
https://orcid.org/0000-0003-3084-3263

RESUMO: **Introdução**: Um serviço de qualidade à mulher em trabalho de parto constitui-se um direito fundamental para garantir que a mesma possa exercer com confiança e bem-estar a maternidade. Os profissionais envolvidos no acompanhamento das gestantes devem ser preparados para o acolhimento da parturiente, criando um ambiente de tranquilidade e confiança. **Objetivo**: analisar os cuidados do enfermeiro no setor de pré-parto. **Metodologia**: Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, desenvolvida em uma maternidade privada no município de Teresina-PI. Os sujeitos do estudo foram 06 enfermeiros que trabalham no setor de pré-parto. A coleta foi dividida em duas etapas. A primeira foi relacionada á caracterização dos sujeitos, e a segunda, referente às questões norteadoras do estudo. Para análise dos resultados, utilizou-se o método do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados**: Os resultados foram dispostos em duas categorias: os enfermeiros no cuidado às mulheres no pré-parto e orientações dos enfermeiros às mulheres no pré-parto segundo o programa de humanização.

Evidenciou-se que os enfermeiros realizam os cuidados à gestante e seguem as orientações do Ministério da Saúde, mas a fragilidade e a insegurança apresentada pela mulher muitas vezes dificulta o desenvolvimento do cuidado a essas parturientes. **Considerações finais**: Conclui-se que são necessárias condutas ainda mais especializadas, onde a mulher seja o foco principal do momento e que toda atenção possa ser voltadas às necessidades da gestante, dando-lhe controle da situação na hora do nascimento, mostrando as opções de escolha baseados na ciência e nos direitos.
PALAVRAS - CHAVE: Gestantes; Trabalho de parto. Cuidados de enfermagem.

THE NURSE IN THE CARE OF WOMEN IN THE PREPARTUM OF A PRIVATE MATERNITY

ABSTRACT: Introduction: A quality service for women in labor is a fundamental right to ensure that they can exercise motherhood with confidence and well-being. The professionals involved in monitoring pregnant women must be prepared to welcome the parturient, creating an environment of tranquility and confidence. **Objective:** to analyze the care provided by nurses in the pre-delivery sector. **Methodology:** This is a descriptive research with a qualitative approach, developed in a private maternity hospital in the city of Teresina-PI. The study subjects were 06 nurses who work in the pre-delivery sector. The collection was divided into two stages. The first was related to the characterization of the subjects, and the second, related to the guiding questions of the study. To analyze the results, the Collective Subject Discourse method was used. **Results:** The results were arranged in two categories: nurses in the care of women in prepartum and nurses' guidelines for women in prepartum according to the humanization program. It was evident that nurses provide care to pregnant women and follow the guidelines of the Ministry of Health, but the fragility and insecurity presented by women often hinders the development of intensive care. **Final consideration**s: It is concluded that even more specialized behaviors are needed, where the woman is the main focus of the moment and that all attention can be turned to the needs of the pregnant woman, giving her control of the situation at the time of birth, showing the options for choice based on science and rights.
KEYWORDS: Pregnant women; Labor. Nursing care.

1 I INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) que tem como objetivo estabelecer um atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério. Desde a implantação do PHPN em 2000, busca-se resgatar a atenção obstétrica integrada, humanizada em redes estaduais, municipais e unidades de saúde públicas e particulares, visando um atendimento digno no decorrer da gestação até o momento do nascimento (SILVA; NASCIMENTO; COELHO, 2015).

É notório que segundo o Programa de humanização do parto, os cuidados prestados pelos enfermeiros no pré-parto necessitam de um conjunto de conhecimentos e práticas de

cuidar para a promoção do parto saudável e na prevenção da mortalidade materna e do bebê (MARQUE; DIAS; AZEVEDO, 2016).

Para Ribeiro et al. (2015), o enfermeiro é o profissional habilitado para prestar a assistência direta às gestantes quando entram em trabalho de parto. Diante disso, é importante que esse profissional ofereça informações claras sobre o procedimento a ser realizado, dando oportunidade à gestante de opinar e tomar decisões durante o processo parturitivo, lembrando que a tomada de decisão leva em conta aspectos como conhecimento prévio, medo e anseios da parturiente.

Nesse aspecto, o enfermeiro deve implementar a assistência efetiva e segura nas diferentes indicações clínicas e obstétricas, norteada nos princípios do modelo humanizado de atenção ao parto, permitindo que a puérpera decida qual a melhor conduta a ser tomada para que tudo ocorra da maneira mais confortável (RIBEIRO et al., 2015).

É importante ressaltar a necessidade do profIssional enfermeiro reconhecer que cada gestante tem percepção diferente do que seja o parto, tem experiências e medos únicos e apresentam ansiedades, uma vez que o parto é um dos momentos mais esperado pelas gestantes (PIESZAK et al., 2015). Nesse sentido, objetivou-se com o presente estudo avaliar os cuidados dos enfermeiros às mulheres no pré-parto de umamaternidade privada.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, desenvolvida em uma maternidade privada localizada no município de Teresina-PI, que dispõe de serviços de assistência integral a mulher em todas as fases da sua vida.

Os sujeitos do estudo foram 06 enfermeiros que trabalhavam no setor de pré- parto nos turnos manhã, tarde e noite. Todos os participantes receberam as informações sobre os objetivos do estudo, sendo orientados sobre a sua participação voluntária, podendo desistir a qualquer momento da pesquisa, sem quaisquer prejuízos.

A pesquisa foi realizada nos meses de agosto e setembro de 2016. Para a coleta de dados, utilizou-se entrevistas individuais com os sujeitos, guiadas por um roteiro semiestruturado, após a autorização do Comitê de Ética e Pesquisa (Parecer: 94.969).

A coleta foi dividida em duas etapas. A primeira foi relacionada à caracterização dos sujeitos, e a segunda, referente às questões norteadoras do estudo.

Para a análise dos resultados, utilizou-se o método do Discurso do Sujeito Coletivo que segundo Alvântara e Vesce (2008) é considerada uma técnica metodológica que permite o resgate das representações sociais significativas presentes na sociedade e na cultura de um determinado universo. Os resultados foram dispostos em duas categorias: os enfermeiros no cuidado às mulheres no pré-parto e orientações dos enfermeiros às mulheres no pré- parto segundo o programa de humanização.

3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Caracterizações dos sujeitos

Todos os sujeitos da pesquisa eram do sexo feminino, com faixa etária entre 29 a 48 anos. Em relação à especialidade na área de enfermagem, apenas duas das seis profissionais possuiam especialização em obstetrícia e as demais relataram não ter nenhuma especialização.

3.2 Categorias analíticas

3.2.1 Categoria 1: Os enfermeiros no cuidado às mulheres no pré-parto

A assistência prestada pelos enfermeiros com gestantes requer habilidades que sejam seguras e dotadas de cuidados éticos, humanos e científicos, visando gestos de afeto. Deve haver também um atendimento diferenciado que visa atenção e compreensão com as gestantes, transmitindo positividade, valorizando os direitos da mulher, a autonomia e sua personalidade (MARTINS et al., 2015).

Desse modo os cuidados de enfermagem devem ser permeados por carinho, atenção e paciência. Os profissionais precisam comprometer-se com a humanização e atuar sempre com foco na parturiente, visando fazer com que o momento seja menos agressivo e traumatizante possível (APOLINÁRIO, 2015).

Constatou-se na maioria das falas das entrevistadas que há ações humanizadas em relação ao cuidado com as gestantes, sempre respeitando sua autonomia de escolhas, oferecendo o maior número de informações necessárias sobre o parto e valorizando a presença da família.

Na fala da E01, nota-se cuidados favoráveis e propícios com a gestantes, desenvolvidos de forma bastante humanizada e proveitosa. Visando sempre deixar amulher extremamente confortável e à vontade para fazer escolhas de quais métodose técnicas que ela prefere para ser realizadas no decorrer do parto.

> [...] A gente avalia as contrações, quanto tempo queta a contração e o intervalo entre uma contração e outra, pra ver se o trabalho de parto vai ser viável ounão [...] Além disso se elas quiserem alguns objetos como bola, agente também orienta e entrega as bolas pra elas se sentirem mais confortáveis, a posição que elas se sentirem melhor elas vão ficar, se é agachada, pode ser de cócoras, pode ser deitada e a gente orienta que qualquer coisa que elas chamem a gente no posto [...] A gente orienta que qualquer coisa que elas chamem a gente no posto, que a gente vai auxiliar e orientar (E01).

Nessa fala, E01 evidencia que não está ao lado da gestante em todos os momentos, cita que em caso de alguma intercorrência a gestante deve chamar as enfermeiras no posto para lhe ajudar. Deixando assim bem claro que a mulher fica sozinha em alguns momentos do parto.

No discurso da E02, pode-se perceber que há uma distorção do conteúdo, assim envolvendo outra temática que não estava no assunto. Com isso possibilitou constatar que a entrevistada não soube se expressar de forma concreta e objetiva com relação ao que foi abordado na entrevista.

> Primeiramente, o que a gente faz, a gente faz a admissão da paciente, leva a paciente para acomodação, faz as orientações, se ela tiver alguma perda de liquido, pra ela nos avisar, faz a mensuração da barriga, pra ver quantos centímetros ta, e também orienta a se deitar do lado esquerdopra melhor conforto dela e do bebê (E02).

Ações do enfermeiro com as gestantes requer bastante atenção, principalmente muito conhecimento, responsabilidade, respeito, honestidade e ética, tornando-se de extrema relevância escutar as pacientes de maneira individualiza, a fim de atender suas necessidades e desejos, focando no bem-estar e conforto, tanto da parturiente como da família envolvida nesse momento tão importante (AGUIAR et al., 2014).

> É feito a anamnese e o acolhimento, de modo que a gente use a humanização e que a gente colha informações para fazer nossa evolução de enfermagem e programar nossos cuidados. Primeiro momento a gente vai avaliar a situação da paciente, se ela ta sentindo dor, se não ta, tentar resolver a ansiedade, e da orientação. [...] É acolher a família ea parturiente e da às primeiras orientações (E03).

Para AGUIAR et al. (2014), os cuidados primordiais com as gestantes é de suma importância para as gestações de alto risco como na pré-eclâmpsia. Neste caso, devem ser tomadas algumas providências como a manutenção das vias aéreas para reduzir o risco de aspiração, oxigenação com instalação de cateter nasal ou máscara de oxigênio úmido, sondagem vesical de demora e punção venosa em veia calibrosa.

> [...] Eu acho que os cuidados primordiais estão voltados para a gestante com alguma patologia, com gestação de risco, como por exemplo, pacientes com pré-eclâmpsia, pacientes que chegam com descolamento prematuro da placenta, com alguma patologia que corra risco de mãe para o filho. [...] eu acho que os cuidados que requer mais atenção são esses, de alguma patologia de base, pode ocorrer o óbito fetal, não só o risco de filho, mas de mãetambém por conta da hemorragia (E04).

A assistência de enfermagem prestada à gestante com pré-eclâmpsia no pré- parto consiste também no cuidado com a administração de medicamentos para a identificação de efeitos adversos, realizando teste dos reflexos e, está sempre alerta para a ocorrência de alguma crise convulsiva. Outro fator indispensável é manter a mulher sempre informada sobre sua patologia e sobre os fatos que estão ocorrendo no momento.

Apenas uma das entrevistadas citou o cuidado com relação a algumas patologias que podem interferir na hora do parto, levando em consideração os cuidados que devem ser oferecidos pelos enfermeiros na gravidez de risco.

Tanto E03 como E04 citaram os cuidados essências que devem ser realizados com

as gestantes no pré-parto, evidenciando que ambas estão agindo de forma a amenizar os riscos do parto e tratando as mulheres como elas realmente devem ser tratadas. Foram citados os cuidados desde a admissão, o acolhimento, a preocupação em melhorar a ansiedade das gestantes com relação à dor, até mesmo os cuidados mais complexos associados às patologias como a pré-eclâmpsia e o descolamento prévio da placenta.

Os discursos a seguir evidenciam que as enfermeiras informam e orientam as parturientes de como realmente é o parto, fazem os cuidados necessários para acontecer um parto tranquilo, levando sempre em consideração a presença da família e da doula nesse momento tão importante.

> Bem, os cuidados que a gente faz aqui com o pré- parto é fazer orientações para a gestante de como é o parto, tentar dá o maior número de informações sobre todos os passos que vai acontecer [...] Então agente tenta dar o maior número de informações nesse momento, e vamos também fazendo os sinais vitais, orientando a melhor posição que ela devefícar para o parto, e tentando também conversar com a família, porque a família nesse momento é muito importante, o apoio do esposo, da doula e da família de um modo geral (E05).

> Com relação ao pré-parto, sendo o pré-parto de parto normal eu particularmente procuro ir ver se é uma paciente se já teve filho ou não, se fez o pré- natal, se já tem sangramento, quando começou as dores, eu faço uma entrevista com ela pra poder fazer minha evolução e admissão. Se for parto cesárea geralmente quando a paciente ta emtratamento clinico e evolui para cesárea, daí eu vou avaliar a questão do jejum, ver se a tricotomia ta pronta, se o bebê é pré-maturo a gente orienta a família da possibilidade do bebê ir para a UTI. É um pouco diferente os cuidados no pré-parto do parto normal e cesárea, mas no pré-parto normal da pra gente ter cuidados mais abrangentes (E06).

As entrevistadas E05 e E06 consideram a presença do acompanhante um fator significativo para a gestante e para o trabalho de parto, pois a presença da família acaba fazendo que a mulher fique mais calma, relaxada, sinta-se maissegura e tenha os níveis de ansiedade reduzidos.

A E05 mostra a importância da Doula no pré-parto, pois elas são responsáveis por dar suporte físico e emocional às mulheres, encorajando e orientando a parturiente, oferecendo conforto durante o trabalho de parto. As duas entrevistadas reconhecem que o acompanhante contribui para apoiar e deixara a mulher melhor no pré-parto, e que também tentam passar informações para a famíliaque está acompanhando.

Os cuidados citados por E06 estão voltados tanto para o parto normal como para o cesariano onde ela enfatiza que ambos os partos exigem cuidados distintos, mas que, no parto normal, os cuidados são mais completos. Ressaltando a importância de orientar a família da possibilidade do bebê ir pra UTI, nos casos do bebê ser prematuro.

3.2.2 Categoria 2: Orientações dos enfermeiros às mulheres no pré-parto segundo o programa de humanização

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento instituído pelo Ministério da Saúde têm como objetivo a redução das taxas de morbidade e mortalidade materna, perinatal e neonatal registrada no país. O programa tem como princípio garantir as gestantes um atendimento digno e de qualidade ao longo da gestação até o momento do puerpério de forma humanizada e segura (FOSSA et al., 2015).

Diretrizes enfatizam os direitos da mulher, destacando a humanização como foco para assim melhorar a qualidade da saúde das gestantes. O fator primordial do programa está relacionado com o respeito pela mulher, mantendo sua autonomia de escolhas e decisões, priorizando a permanência da família no pré-parto e parto para garantir mais conforto e segurança à mulher (PAVANATTO; ALVES, 2014).

De acordo com as falas das entrevistadas, percebe-se que elas exercem seu trabalho de forma humanizada como é preconizado pelo programa de humanização no pré-natal e nascimento.

> As orientações que a gente faz elas então de acordocom o que é preconizado, nos orientamos que ela fique a vontade, pra ta em qualquer posicionamento que ela ache mais confortável, a família participa desse pré-parto, sempre que elas requisitam a genteta La pra ajudar, pra apoiar, então eu considero um parto humanizado (E01).

> Sim, a gente orienta as gestantes, que ela tem direito, a trazer um acompanhante, qualquer pessoa da família dela se necessário se elas quiserem, para ta acompanhando esse trabalho de parto (E02).

Tanto E01 e E02 referem que é suma importância ter um acompanhante no pré-parto e durante o parto. Nota-se uma preocupação em orientar e acolher a mulher de forma humanizada, sempre valorizando a presença família.

De acordo com os autores Serruya, Cecatti e Lago (2004) para se ter uma assistência humanizada de acordo com Programa de Humanização no Pré- Natal e Nascimento é necessário assegurar a melhoria do acesso, ao parto epuerpério, as gestantes e ao recém-nascido, respeitando a dignidade da mulher, seus familiares e recém-nascido, requerendo atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e organização da instituição.

No discurso a seguir, ela relata a importância das orientações nas consultasde pré-natal, evidencia que o médico e enfermeiro têm papel fundamental nessas orientações a serem passadas para as gestantes, destaca a relevância de a mulher chegar ao momento do parto bastante informada de como é realmente um parto, para que assim ela possa sentir-se mais confiante e sem medo no momento no nascimento.

> [...] Eu acho que essas orientações, então voltados para o médico e para o enfermeiro que ta acompanhando o pré-natal, orientar como é que vai ser durante o parto, como ela tem que se comportar durante o parto normal em si, pra quando chegar no momento ta mais confiante e não ter tanto medo. [...]

> Então assim eu acho que ela tem que ter trabalhando psicológico durante muito tempo, queela tem que ter a ciência que ela vai sentir dor, ela tem que tem todo um conhecimento durante o período que ela ta gestante (04).

A E05 em seu discurso relata que seus cuidados estão embasados com o programa de humanização, mas que tem uma grande dificuldade com as gestantes em relação a aceitar o método como elas trabalham. E mesmo elas trabalhando de acordo como é preconizado pelo ministério da saudade, ainda sim tem bastante gestantes que dificultam o trabalho de parto por não confiarem em seu trabalho.

> Sim, a gente faz todas as orientações preconizadas pelo programa de humanização [...] muitas pacientesnão ta concordando com aquele método, ou com aquela dimensão, mas a gente tenta informar, que a gente ta agindo da maneira correta e que é daquele jeito mesmo, que nos temos embasamento e quenos estamos tentando realizar da maneira preconizada (E05).

Apenas a E06 menciona que elas não trabalham totalmente seguindo todos os princípios do programa, mas que elas estão sempre procurando tratar as gestantes de forma humanizada, realizando todas as orientações que a gestantes necessitam, levando também em consideração o lado emocional e a questão de apoiar a presença da família no momento do parto.

> Aqui a gente foca mesmo na humanização, acredito que aqui a gente não segue com todas as primícias do programa, mas as orientações que são feitas comas gestantes nos procuramos ver o estado emocional, ver se ela ta orientada com os riscos pós operatório, com a expectativa dela com o nascimento do bebê, vemos também a questão da família, se alguém vai entrar para acompanhar ela no centro cirúrgico que é um direito da paciente (E06).

Quanto aos dados de humanização no parto, as maiorias das entrevistadas demonstraram uma assistência mostrando que os profissionais envolvidos estão empenhados na condução adequada da assistência que é preconizada pelo Ministério da Saúde.

Pode-se concluir que as entrevistadas estão preparadas para acolher as gestantes, seu companheiro, sua família, respeitando todos os significados desse momento. Elas proporcionaram uma criação de vínculo, transmitindo confiança,tranquilidade e garantiram os direitos da mulher preconizados pelo Ministério da Saúde.

4 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu verificar que os enfermeiros têm um papel de extrema importância no cuidado com as gestantes no pré-parto. São eles que desenvolvem ações de cuidado para tornar a mulher mais confortável, confiante e permitindo que a mulher tenha a sua autonomia preservada.

É fundamental que a equipe de enfermagem trabalhe para resgatar o nascimento de

forma mais natural e humanizada possível, estabelecendo cuidados que visam o bem-estar geral das mulheres.

O suporte fornecido pelas enfermeiras durante o pré- parto dignificou os cuidados de enfermagem de forma que as gestantes receberam uma assistência verdadeiramente humanizada, respeitando as normas e condutas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde, considerando os sentimentos e valores da mulher.

Com os resultados obtidos nesse trabalho, espera-se condutas ainda mais especializadas, uma assistência mais digna e prazerosa no pré-parto, onde a mulherseja o foco principal do momento e que toda atenção possa ser voltadas às necessidades da gestante, dando-lhe controle da situação na hora do nascimento, mostrando as opções de escolha baseados na ciência e nos direitos que elas têm.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, L. R. S. et al. Análise de estudos sobre as condutas de enfermagem no cuidado à gestante com doença hipertensiva. **R. Interd.** v. 7, n. 1, 2014.

ALVÂNTARA, A. M.; VESCE, G. E. P. **As representações sociais no discurso do sujeito coletivo no âmbito da pesquisa qualitativa**. Anais. In: VIII CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, Curitiba, 2008.

APOLINÁRIO, G. T. B. **Acolhimento: sistematização da demanda espontânea das equipes na Unidade de Saúde da Família Maria da Conceição do município de Contagem-MG**. [Monografia]. 35 f. Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Contagem - MG, 2015.

FOSSA, A. M. et al. A experiência da enfermeira durante a assistência à gestante no parto humanizado. **Saúde em Revista.** v. 15, n. 40, p. 25-36, 2015.

MARQUE, F.C.; DIAS, I.M.V.; AZEVEDO, L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Esc. Anna Nery R. Enf**. v.10, n.3, p. 2-4, 2016.

MARTINS, Q. P. M. et al. Conhecimentos de gestantes no pré-natal: evidências para o cuidado de enfermagem. **SANARE**, Sobral, v.14, n.2, p.65-71, 2015.

PAVANATTO, A.; ALVES, L. M. S. Programa de humanização no pré natal e nascimento: indicadores e práticas das enfermeiras. **Rev. Enferm. da UFSM,** v.4, n. 4, p. 761-770, 2014.

PIESZAK, G. M. et al. Percepção da equipe de enfermagem quanto à dor daparturiente: perspectivas para o cuidado**. Rev. Rene,** v.16, n.6, p.1-10, 2015.

RIBEIRO, J. F et al. Percepção de puérperas sobre a assistência à saúde em umcentro de parto normal. **Rev. Enferm. UFSM**, v.5, n.3, p.521-530, 2015.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. **O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil**: resultados iniciais. Cad. Saúde Pública. v. 20, n. 5, p. 1281-1289, 2004.

CAPÍTULO 11

ASPECTOS RELACIONADOS À EXPECTATIVA DE GESTANTES E PUERPERAS NA ESCOLHA DE VIA DE PARTO EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA

Data de aceite: 01/08/2021

Clayra Rodrigues de Sousa Monte Araujo
Especialista em Enfermagem do Trabalho – FAVENI, Teresina/PI.

Wanderson Sousa Monte Araujo
Bacharel em Enfermagem, Universidade Estadual do Piauí – UESPI, Teresina/PI.

Bentinelis Braga da Conceição
Bacharel em Enfermagem, Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – UNIFACEMA, Caxias – MA.

Welson José de Sousa Moraes
Bacharel em Enfermagem, Centro Universidade de Ciências e Tecnologia do Maranhão-UNIFACEMA, Caxias –Ma.

Gabriel Felipe Nunes de Alencar
Bacharel em Enfermagem, Universidade Estadual do Piauí – UESPI, Teresina/PI.
http://lattes.cnpq.br/3997589418298134

Raul Felipe Oliveira Véras
Bacharel em Enfermagem, Universidade Estadual do Piauí – UESPI, Teresina/PI.
http://lattes.cnpq.br/2690332595925668

Saul Felipe Oliveira Véras
Bacharel em Enfermagem, Universidade Estadual do Piauí – UESPI, Teresina/PI.
http://lattes.cnpq.br/1078448251768733

Mariana Teixeira da Silva
Bacharel em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí – UFPI, Picos/PI.
http://lattes.cnpq.br/2910188226801273

Francisca Werlanice Costa Pontes
Bacharel em Enfermagem, Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, Caxias/MA.
http://lattes.cnpq.br/8433912195416590

Ana de Cássia Ivo dos Santos
Bacharel em Enfermagem, Universidade Federal do PiauÍ – UFPI, Parnaíba/PI.

Rafaela Alves de Oliveira
Bacharel em Enfermagem, Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – UNIFACEMA, Caxias/MA.
http://lattes.cnpq.br/1390825886889535

Bárbara Maria Rodrigues dos Santos
Graduanda em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí – UFPI, Teresina/PI.
http://lattes.cnpq.br/9563953157433504

Islaila Maria Silva Ferreira
Graduanda em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí – UFPI, Teresina/PI.
http://lattes.cnpq.br/5472239327008187

Thalita Ribeiro Gomes da Silva
Bacharel em Enfermagem, Centro Universitário – UNINOVAFAPI, Teresina – PI.
http://lattes.cnpq.br/4698998949528501

Adriano Nogueira da Cruz
Bacharel em Enfermagem, Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, Caxias/MA.
http://lattes.cnpq.br/3491864330419708

RESUMO: Introdução: O cuidado prestado à mulher durante a maternidade teve uma grande mudança, principalmente a partir da segunda

metade do século XX, quando o parto passou a ser um evento Institucionalizado. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo conhecer a percepção e preferência de gestantes e puérperas sobre o parto vaginal e cesáreo. **Metodologia:** Pesquisa transversal, de caráter exploratório, com abordagem quantitativa; A amostra foi composta por 128 entrevistadas em uma maternidade de referência da capital. **Resultado:** 78,9% preferem o parto vaginal e 13,3%, o parto abdominal. Essas porcentagens indicam que a preferência referida pelas gestantes não interfere no tipo de parto realizado, pois o índice de cesáreas da maternidade em questão é de 69,6%. Dentre as entrevistadas 1/3 realizou menos de 6 consultas **Conclusão:** Conclui-se que a humanização da atenção no pré-natal e parto, com indicação médica baseada em evidências, pode contribuir para a redução do percentual de cesarianas, pois o estudo mostra que essa via tem sido usada, na maioria das vezes, não por consentimento da mulher.
PALAVRAS - CHAVE: parto; cesárea; tendências; assistência perinatal.

ASPECTS RELATED TO THE EXPECTATION OF PREGNANT AND POSTPARTUM WOMEN IN THE CHOICE OF MODE OF PARTURITION IN A PUBLIC HOSPITAL

ABSTRACT: Introduction: The care provided to women during maternity had a big change, especially from the second half of the twentieth century, when parturition has become an institutionalized event. **Objective:** This study aimed to know the perception and preference of pregnant and postpartum women about vaginal and cesarean parturition. **Methodology:** transversal research, exploratory, with a quantitative approach; The sample consisted of 128 respondents on a capital reference motherhood. **Result:** 78.9% prefer vaginal parturition and 13.3%, abdominal parturition. These percentages indicate that the preference reported by pregnant women does not interfere in type of parturition performed, because the caesarean rate of motherhood in question is 69.6%. Among the interviewed 1/3 held less than 6 medical appointment; **Conclusion:** We conclude that the humanization of care in prenatal care and childbirth, with medical indication based on evidence, can help to reduce the percentage of cesarean sections, because the study shows that this mode has been used, most often, not by woman’s consent.
KEYWORDS: Parturition; Cesarean Section; Tendencies; Perinatal care.

1 I INTRODUÇÃO

Os cuidados prestados à mulher durante a maternidade teve uma grande mudança, principalmente a partir da segunda metade do século XX, quando o parto passou a ser um evento hospitalar e cirúrgico. Esse processo foi fundamental para o desenvolvimento do saber médico, culminando com o estabelecimento da medicalização do corpo feminino (NAGAHAMA e SANTIAGO, 2005).

A operação cesariana surgiu como uma necessidade médica, um recurso salvador para duas vidas, do qual se deve lançar mão para criar uma via de passagem para o feto que, por uma ou outra razão, não consegue ultrapassar as barreiras anatômicas do canal de parto vaginal, são fartos e numerosos os textos publicados que investigam ou atribuem ao médico obstetra a culpa pela epidemia de cesarianas chamadas desnecessárias, ou

seja, sem uma indicação baseada em evidências científicas. E, assim, mulheres querem parir seus filhos por parto normal, mas por influência do médico pré-natalista, acabam mudando de opinião e deixam prevalecer a opinião e a conveniência do obstetra (POTTER et al., 2008).

Quem opta pela via de parto abdominal são mulheres de classe média e alta, presumivelmente mulheres muito mais informadas e esclarecidas do que as mulheres que buscam as maternidades públicas. Seria subestimá-las ao extremo afirmar que optam por cesarianas por pura e simples conveniência do médico que as atendeu durante o pré-natal e as convenceu a optarem pela via de parto abdominal. Principalmente porque se tratam de mulheres informadas e esclarecidas, podendo haver um pré-julgamento de praticamente todos os médicos que atuam na rede privada que tem indicadores de quase 100% para a via de parto abdominal (FABRI et al., 2002).

No início da gestação, vários fatores influenciam na escolha sobre a via de parto desejada, dentre eles destacam-se os seguintes: o nível socioeconômico da gestante, seu contexto sociocultural, experiências reprodutivas anteriores e informações sobre os tipos de parto. Ao longo da gestação, informações recebidas, intercorrências clínico-obstétricas, influências familiares e do próprio médico no pré-natal poderiam modificar a escolha do tipo de parto, que pode ser feita pela mulher, pelo médico ou por ambos. No momento do parto, fatores relacionados à evolução do trabalho de parto e o próprio tipo de assistência oferecida poderiam alterar a escolha final da via de parto (DIAS, 2007).

Diante disso, é importante ter um conhecimento mais cientificado e relevante sobre quais são os reais fatores determinantes que influenciam as gestantes a escolherem a via de parto na nossa região, através do conhecimento sobre suas preferências, com o foco inicial na avaliação, visando às altas taxas de cesarianas desnecessárias ocorridas nos últimos anos. Permitindo a obtenção de dados relevantes com os resultados obtidos, possibilitando orientações e ações educativas, com o intuito de minimizar o número de intervenções cirúrgicas desnecessárias.

2 | METODOLOGIA

2.1 Tipo de Pesquisa

O presente estudo é de natureza observacional descritivo, com delineamento transversal e fundamentado na abordagem quantitativa, visto que tem como objetivo a descrição de características de determinada população ou fenômeno em paralelo ao estabelecimento de relações entre variáveis.

2.2 Cenário do Estudo

Este estudo foi desenvolvido em uma maternidade pública do município de Teresina-PI. Esta instituição é referência para o atendimento de mulheres que apresentam gravidez

de baixo e alto risco e recebe puérperas provenientes de outros municípios do estado do Piauí. A Maternidade está localizada na região sul da cidade de Teresina-PI. Sua capacidade de leitos é no total de 248 leitos obstétricos.

2.3 Participantes do Estudo

As participantes do estudo foram gestantes e puérperas no pré e pós-parto imediato, admitidas na instituição pública de referência no período de março a abril de 2016, distribuídas nas alas de internação conforme modalidade de tratamento, totalizando uma amostra de 128 entrevistadas.

2.4 Instrumentos da Coleta de Dados

Os dados que gerou a amostra foram coletados no período de 31 de março a 30 de abril de 2016. Foi utilizado um formulário dividido em três partes: parte I, consta as características sociodemográfica, parte II dados obstétricos, Parte III expectativas sobre as vias de parto, que foi preenchida através das informações contidas nos prontuários das mulheres admitidas para a realização do parto normal, cesariano ou tratamento de intercorrências antes do parto.

2.5 Análise dos dados

Após a coleta de dados, para discutir as variáveis selecionadas para o presente estudo foram utilizados gráficos e tabelas cuja análise foi realizada através do programa estatístico *Startistical Product Service Solucions* (SPSS) - versão 21.0 em que os dados foram inseridos e depois conferidos para análise e discussão com base no referencial teórico abordado.

2.6 Aspectos Éticos

O Termo de Consentimento Livre de Esclarecido obedeceu às Diretrizes e Normas da Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde(CNS). Nele consta o destino das informações coletadas e a autorização das participantes para a publicação dos resultados.

2.7 Riscos e benefícios

Considerando as características da pesquisa, assegurou-se que os riscos foram mínimos. Tratou-se apenas de perguntas sobre a expectativa de primigestas quanto à escolha da via de parto.

A presente pesquisa teve como benefícios a formulação de um conjunto de informações sobre a importância natural da via de parto, bem como encorajamento para maior aceitação ao parto natural.

3 | RESULTADOS

Foi entrevistado um total de 128 pacientes na área de internação da Maternidade

Dona Evangelina Rosa presentes no leito no momento da coleta de dados e que aceitaram responder o questionário. Quanto à faixa de idade, constatou-se que a maioria das pacientes tem entre 20 e 27 anos (36,71%) e a menor parte tem 36 ou MAIS anos completos (14,06%). Em relação ao estado onde mora, grande parte das pacientes (93,0%) está residindo no estado do Piauí; e possui renda de até um (1) salário mínimo (72,7%). (Tabela 1).

Variáveis	N	%
Faixa Etária		
12 a 19 anos	30	23,43
20 a 27 anos	47	36,71
28 a 35 anos	33	25,78
36 a MAIS anos	18	14,06
Local de Residência		
Piauí	119	93,0
Maranhão	09	7,0
Renda Familiar		
Um salário mínimo	93	72,7
Acima de salário mínimo	35	27,3
Etnia		
Parda	93	72,7
Preta	19	14,8
Branca	11	8,6
Amarela	04	3,1
Indígena	01	0,8

Tabela 1 Caracterização sociodemográfica de gestantes e puérperas quanto a expectativa na escolha da via de parto. Teresina-PI, 2016

Fonte: Maternidade Pública de Referencia

Conhecimento sobre via de parto	N	%
Recuperação mais rápida		
Parto vaginal	120	93,8
Parto Cesário	2	1,6
Ambos os tipos	1	0,8
NÃO sei	4	3,1
Não respondeu	1	0,8
Passa menos tempo internada		
Parto vaginal	113	88,3

Parto Cesário	10	7,8
Ambos os tipos	1	0,8
NÃO sei	3	2,3
Não respondeu	1	0,8

Conhecimento sobre via de parto	N	%
Tipo mais confortável para a mulher		
Parto vaginal	101	78,9
Parto Cesário	16	12,5
Ambos os tipos	1	0,8
NÃO sei	9	7
Não respondeu	1	0,8
Assistência prestada com maior rapidez		
Parto vaginal	50	39,1
Parto Cesário	38	29,7
Ambos os tipos	17	13,3
NÃO sei	21	16,4
Não respondeu	2	1,6
Maior risco de morte para o RN		
Parto vaginal	21	16,4
Parto Cesário	53	41,4
Ambos os tipos	17	13,3
NÃO sei	35	27,3
Não respondeu	2	1,6

Conhecimento sobre via de parto	N	%
Maior risco de morte pra mãe		
Parto vaginal	18	14,1
Parto Cesário	73	57,0
Ambos os tipos	21	16,4
NÃO sei	15	11,7
Não respondeu	1	0,8

Tabela 2. Caracterização quanto ao conhecimento das gestantes e parturientes quanto a via de parto. Teresina-PI, 2016

Fonte: maternidade pública de referencia

Variáveis	N	%
Consultas de pré-natal		
>6 consultas	85	66,40
<6 consultas	43	33,60

Idade Gestacional na 1ª consulta		
1 a 12 semanas	84	65,6
13 a 24 semanas	27	21,1
25 a 36 semanas	7	5,46
>37 semanas	10	7,81
Gravidez planejada		
Sim	53	41,4
Não	75	58,6
Aconselhamento no pré – natal		
Não recebeu esclarecimentos	62	48,43
Parto normal é mais seguro	56	43,75
Parto cesáreo é mais seguro	9	7,03
Ambos partos são seguros	1	0,8
Abortamentos realizados		
Sim	26	20,31
Não	102	79,7
Abortamentos realizados		
Apenas 1	17	13,3
Apenas 2	7	5,46
Acima de dois abortamentos	2	1,56
Preferência pela via de parto Antes do 1° parto		
Sem preferencia	10	7,81
Parto normal	101	78,90
Parto cesariano	17	13,28
Preferência pela via de parto Depois do 1° parto		
Sem preferencia	21	16,40
Parto normal	83	64,84
Parto cesariano	24	18,75
Modalidade de parto realizado		
Parto vaginal	47	36,70
Parto cesariano	80	62,50
Fórceps	1	0,8

Tabela 3. Perfil clinico e obstétrico de gestantes e puérperas quanto a expectativa na escolha da via de parto. Teresina–PI, 2016

Fonte: Maternidade Pública de referencia

Variáveis	N	%
Sem decisão	15	11,7
Parto vaginal decisão da mulher	14	10,9
Parto cesariano decisão da parturiente	06	4,7
Parto vaginal decisão entre médico/paciente	14	10,9

Parto cesariano decisão profissional	60	46,9
Parto cesariano decisão entre médico/paciente	14	10,9

Tabela 4. Distribuição de gestantes e puérperas quanto à decisão na determinação final da via de parto. Teresina-PI, 2016

Fonte: maternidade Pública de Referencia

Variáveis	N	%
Parto normal		
Ens. Fundamental	28	21,87
Ens. Médio	16	12,5
Ens. Superior	3	2,34
Parto cesariano		
Ens. fundamental	36	28,12
Ens. Médio	33	25,78
Ens. Superior	11	8,60

Tabela 5. Distribuição de gestantes e puérperas quanto à expectativa na escolha da via de parto conforme escolaridade. Teresina-PI, 2016.

Fonte: Maternidade Pública de referencia

4 | DISCUSSÃO

A medicalização do parto é um reflexo da medicalização social, descrita como um processo sociocultural complexo que transforma em necessidades médicas as vivências, os sofrimentos e as dores que antes eram administradas no próprio ambiente familiar ou comunitário. Aspectos socioeconômicos, tais como nível econômico, educação, informação, acesso aos serviços de saúde, juntando-se a fatores culturais, entendidos aqui como o complexo dos padrões de comportamento, das crenças e valores familiares transmitidos coletivamente que se modificam entre cada sociedade e com o decorrer do tempo, interferem e talvez determinem a afinidade que a mulher terá em relação ao parto normal e a cesariana (LEAO, 2013; BITTENCOURT, 2013).

A gestação é o momento no qual a mulher prepara-se para mudanças na vida e para novas responsabilidades. É também nesse período em que ela expressa os sentimentos e receios relacionados ao parto e, na maior parte das vezes, esses sentimentos são ambivalentes, interferindo na opção da mulher. Entre os motivos que influenciam o processo de decisão, estão o medo do parto, ansiedade, angústia, questões pessoais, padrão social, histórico de problemas em partos anteriores (abortos) e complicações clínicas ou obstétricas. Há também o medo de dano ao próprio corpo ou ao recém-nascido, e o medo da dor (BENUTE, 2013).

Apesar de a via de parto ter sido diferente da ocorrida e da insatisfação, a princípio, com o procedimento ocorrido no momento do parto, pode-se constatar que o contentamento vai além da via de parto experimentada. O objetivo principal das mulheres na escolha

da via de parto é buscar garantir que ao final do processo de parturição terão recém-nascido saudável e com pleno potencial para o desenvolvimento, assim como encontrar-se com saúde para cuidar de seu filho e sem traumas causados pelo processo parto. No entanto, opções pelo parto vaginal ocorrem por causa dos menores níveis de dor no pós-parto, da recuperação mais rápida, do retorno breve as suas atividades diárias e do maior protagonismo vivenciado pela mulher (BENUTE, 2013; DOMINGUES, 2014; WEIDLE, 2014).

Já com relação às expectativas em relação ao parto são perpassadas por características culturais como medo e não necessidade da dor, ideia do parto vaginal como arriscado para a vida da mãe e do bebê e a tentativa de planejamento do cotidiano familiar em torno do evento do nascimento. A segurança da cesariana é pouco questionada numa cultura biomédica, que divulga os avanços tecnológicos de cirurgias. Um estudo defende a hipótese de que a decisão pela cesárea, no momento inicial da gestação, está relacionada tanto às experiências reprodutivas anteriores, próprias e de outras mulheres da família, como ao contexto sociocultural, que é marcado pelo medo da dor do parto normal. Já a decisão em um período mais tardio da gestação e no trabalho de parto seria mais influenciada pelos médicos e práticas assistenciais (RISCADO, 2016).

É evidente a grande participação dos familiares e, principalmente, a mãe da gestante nesse processo, influenciando a partir de suas vivências e experiências com o parto. Também é notória a influência das amigas, da mídia e dos profissionais de saúde (COSTA, 2014).

A falta de informação oferecida ou compreendida pela mulher; da crença em um processo mais fácil, com menor risco; da possibilidade de marcar uma data ou realizar laqueadura; do maior controle sobre o nascimento e também em razão do temor relacionado ao parto e suas possíveis complicações (BENUTE, 2013). Percebeu-se que elas tinham pouco conhecimento e orientações sobre o parto vaginal, o que gerou insegurança para enfrentá-lo. Os argumentos apontados pelas puérperas para a indicação de parto abdominal não possuem embasamento científico, pois não são indicações que constam em protocolos:

[...] decidi optar (pela cesárea) o que era melhor para o bebê, por causa do trabalho de parto prematuro.

Weidle et al. (2014) cita em seu estudo os tipos de medos que motivam a mulher a realizar o parto abdominal: “[...] medo de aceitar o impacto de um parto desencadeado de maneira espontânea, medo de ficar permanentemente deformada, de ficar com a vagina alargada e arruinar sua sexualidade, de sentir dores insuportáveis”

Os benefícios da assistência pré-natal identificados em muitos estudos, em relação ao tipo de parto desapareceram, uma vez que o maior número de consultas expôs a gestante à maior chance de ter a cesariana como via de parto. Provavelmente esse achado está relacionado ao fato de que as mulheres que têm mais consultas com profissionais

médicos, têm mais oportunidade de convencimento da melhor via de parto, segundo a visão desse profissional, especialmente quando o parto é assistido pelo mesmo (GAMA, 2014).

Os estudos mostram que mulheres com nível socioeconômico mais alto, mais escolaridade e usuárias do setor privado são as que mais realizam cesarianas. Em tese, essas seriam as mulheres com maior acesso à saúde e menor risco gestacional e, assim, as taxas de cesáreas, nesse grupo, não poderiam ser explicadas simplesmente pelas indicações médicas (RISCADO, 2016).

O acompanhamento pré-natal é responsável por cuidar da saúde física e mental das mães e dos bebês, fazendo com que as dúvidas referentes à gestação e maternidade sejam esclarecidas. Portanto, cabe aos profissionais e as equipes de saúde orientar e esclarecer acerca destas questões, fazendo com que as gestantes sintam-se seguras no que se refere ao processo gestacional e parto. Ressalta-se que a prática assistencial do profissional, em especial o enfermeiro, demarca a potencialidade que este tem para que a humanização do processo parir/nascer ultrapasse o campo do direito, quebrando resistências para sua efetiva implantação nos serviços de saúde (COSTA, 2014).

A decisão acerca da via de parto é influenciada por diversos fatores, como os riscos e benefícios, possíveis complicações e repercussões futuras. Portanto, as mulheres devem receber informações precisas para que possam fazer valer um dos elementos do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: o direito de livre escolha da via de parto, que deverá ser respeitado, especialmente, quando estas forem devidamente orientadas e acompanhadas durante todo o processo de gestação e parto. A expectativa das mulheres a respeito da escolha do tipo de parto tem relação ao conhecimento das mesmas sobre o assunto e as informações que são tratadas pelos profissionais da área de saúde (COSTA, 2014).

5 | CONCLUSÃO

Através da avaliação realizada com as gestantes admitidas nas alas de internação da Maternidade Dona Evangelina Rosa constatou-se que a maioria das pacientes tem entre 18 e 34 anos e a menor parte tem entre 12 e 17 anos completos. Mais de 90% das entrevistadas tem renda de até 1 (um) salário mínimo e a cor mais declarada foi a parda.

As entrevistadas afirmaram que seu interesse, antes do parto ou quando ainda primigesta, era de que sua via de parto de preferência era a vaginal, mas a maioria terminou por ter como via de parto final a cesariana. A preferência pela via vaginal após o parto teve relativa diminuição. A maioria soube pontuar qual via traz mais complicações e risco tanto para a mãe como para o RN, embora ainda evidenciando uma grande necessidade de ênfase na conscientização quanto a melhor via e o motivo.

No aconselhamento no pré-natal, quase metade das entrevistadas não recebeu

aconselhamento quanto ao tipo de parto seguro, a outra metade afirma ter sido orientada que a via de parto vaginal é a mais segura; ou ter recebido a informação de que o parto cesáreo é o mais seguro. Ainda é significativo o percentual de gestantes que deixam pra iniciarem o pré-natal após a 12º semana.

A decisão final da via de parto a ser usada vem a ser um fator que salta aos olhos pelo fato de o profissional ser quem mais escolhe e decide a via a ser usada, sendo a cesariana a mais escolhida por eles. Essa via tem se efetivado em quase 70% ultrapassando em muito o que a OMS preconiza como aceitável, que é de 15%.

Faz-se necessário a realização de mais estudos sobre a problemática da via de parto e a autonomia da mulher na escolha mais apropriada, com o propósito de favorecer, junto às instituições formadoras e em meio ao ensino continuado nos hospitais, a inclusão dessa temática na graduação para provocar mudanças no cenário das maternidades e subsidiar políticas públicas para o combate e enfrentamento dessa necessidade evidente nas maternidades.

REFERÊNCIAS

BENUTE, Gláucia Rosana Guerra et al. Preferência pela via de parto: Uma comparação entre gestantes nulíparas e primíparas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 35, n. 6, p. 281-285, 2013.

BITTENCOURT, Fernanda; VIEIRA, João; DE ALMEIDA, Ana Carla Campos Hidalgo. **Concepção de gestantes sobre o parto cesariano.** Cogitare Enfermagem, v. 18, n. 3, 2013.

COSTA, Susanne Pinheiro et al. **Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante**. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 4, n. 1, p. 1-9, 2014.

DIAS, M. A. B. **Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro**. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.13 n.5 Rio de Janeiro Sep./Oct; 2008.

DIAS, M. A. B; ROSA MARIA SOARES MADEIRA DOMINGUES R. M. S. M. **Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro.** *Associação Brasileira de Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro, V.13, N.5, 2007.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. **Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final.** 2014.

FABRI, R.H; LIMA E; SILVA H.S; LIMA R.V; MURTA E.F.C. **Estudo comparativo de cesariana entre um hospital público universitário e um hospital privado.** Rev Bras Saúde Matern Infant; 2002.

GAMA, Silvana Granado Nogueira da et al. **Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012.** Cad. saúde pública, v. 30, n. supl. 1, p. S117-S127, 2014.

LEAO, M. R. C; RIESCO, M. L. G; SCHNECK, C. A; ANGELO, M. **Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]; vol.18, n.8, pp.2395-2400; 2013.

NAGAHAMA E. E. I; SANTIAGO S. M. **A institucionalização médica do parto no Brasil.** *Cien Saude Colet*; 2005.

POTTER, J.E; HOPKINS, K; FAUNDES, A. PERPÉTUO, I. **Women´s autonomy and scheduled cesarean sections in Brazil: a cautionary tale. Birth;** 2008.

RATTNER, D. **Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas.** Interface Comun Saúde Educ; 2009.

REIS, A.E.D; PATRÍCIO, Z.M. **Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina.** Ciênc Saúde Coletiva; 2005.

RISCADO, L. C; JANNOTTI, C. B; BARBOSA, R. H. S. **A decisão pela via de parto no brasil: temas e tendências na produção da saúde coletiva**. Texto & Contexto-Enfermagem, v. 25, n. 1, 2016.

SANTOS, J. O; SHIMO, A. K. K. **Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres.** Esc Anna Nery Rev Enferm; 2008.

WEIDLE, Welder Geison et al. **Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução?** Cad. saúde colet. (Rio J.), v. 22, n. 1, p. 46-53, 2014.

CAPÍTULO 12

PERFIL SOCIOECONÔMICO DE PUÉRPERAS EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL

Data de aceite: 01/08/2021

Data de submissão: 06/05/2021

Iris Caroline Fabian Pinto
Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP), setor de Enfermagem
Bandeirantes, PR, Brasil
https://orcid.org/0000-0003-1959-6193

Carolina Fordellone Rosa Cruz
Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP), setor de Enfermagem
Bandeirantes, PR, Brasil
https://orcid.org/0000-0002-8936-9191

Vitória Pinheiro
Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP), setor de Enfermagem
Bandeirantes, PR, Brasil
https://orcid.org/0000-0003-3675-347X

Geovanna dos Santos Lalier
Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP), setor de Enfermagem
Bandeirantes, PR, Brasil
https://orcid.org/0000-0001-6089-4681

Maria Julia Francisco Abdalla Justino
Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP), setor de Enfermagem
Bandeirantes, PR, Brasil
https://orcid.org/0000-0001-8474-1313

Gabriela Domingues Diniz
Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP), setor de Enfermagem
Bandeirantes, PR, Brasil
https://orcid.org/0000-0003-4649-2840

Juliany Thainara de Souza
Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP), setor de Enfermagem
Bandeirantes, PR, Brasil
https://orcid.org/0000-0001-7869-8478

RESUMO: *Objetivo:* descrever o perfil socioeconômico de puérperas. *Método:* estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa realizado com 60 puérperas, por meio da aplicação de um formulário semiestruturado após assinatura do termo de consentimento ou assentimento livre e esclarecido, para estudo das variáveis de perfil socioeconômico, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Norte do Paraná sob parecer 3.510.196. *Resultados:* das entrevistadas 31 (51,6%) possuíam de 25 a 34 anos, 33 (55,0%) raça branca, 31 (51,6%) ensino médio completo, 34 (56,6%) do lar, 27 (45,0%) casadas, 17 (28,3%) solteiras e 16 (26,6%) amasiadas, 34 (56,6%) renda de um a dois salários mínimos e 35 (58,3%) tinham mais de quatro dependentes. *Conclusão:* A idade média das participantes foi de 26 anos, predominou-se as puérperas de raça branca, com ensino médio completo, ocupação/profissão do lar, casadas com renda familiar de um a dois salários mínimos e com mais quatro dependentes. Sugere-se que a faixa etária, a raça/cor, a escolaridade e a classe econômica das puérperas podem influenciar no acesso aos serviços de saúde.

PALAVRAS - CHAVE: Período pós-parto; Saúde da mulher; Enfermagem.

SOCIOECONOMIC PROFILE OF PUERPERAS IN A MUNICIPALITY IN SOUTHERN BRAZIL

ABSTRACT: *Objective:* to describe the socioeconomic profile of puerperal women. *Method:* a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach carried out with 60 puerperal women, through the application of a semi-structured form after signing the consent form or free and informed consent, to study the variables of socioeconomic profile, approved by the Research Ethics Committee of the State University of Northern Paraná under opinion 3,510,196. *Results:* of the interviewees 31 (51.6%) were 25 to 34 years old, 33 (55.0%) white, 31 (51.6%) completed high school, 34 (56.6%) at home, 27 (45.0%) married, 17 (28.3%) single and 16 (26.6%) with children, 34 (56.6%) income of one to two minimum wages and 35 (58.3%) had more of four dependents. *Conclusion:* The average age of the participants was 26 years old, the puerperal women of white race predominated, with complete high school, occupation / profession of the home, married with family income of one to two minimum wages and with four more dependents. It is suggested that the age group, race / color, education and economic class of the puerperal women may influence access to health services.
KEYWORDS: Postpartum Period; Women's Health; Nursing.

1 I INTRODUÇÃO

O puerpério inicia-se de uma à duas horas após a saída da placenta e tem seu término imprevisto. Durante esse período ocorrem os fenômenos involutivos em todo o organismo materno, ocorrendo alterações físicas, fisiológicas, psicológicas e revela-se como um acontecimento de grande transcendência no ciclo vital da mulher (RICCI, 2015).

Neste período as puérperas vivenciam uma série de mudanças na rotina, desde a privação de atividades até a perda de autonomia uma vez que diante da parentalidade exige-se que a mãe se comprometa com o cuidado com o recém-nascido (SILVA *et al.*, 2019).

Caracteriza-se o puerpério como período de transição, adaptações e transformações físicas, biológicas familiares e emocionais, consequentemente demanda dos profissionais de saúde o comprometimento com a avaliação da puérpera e no cuidado oferecido à mesma reforçando orientações voltadas à individualidade do binômio mãe e filho (RIBERIO *et al.*, 2019).

Verifica-se que o nível de instrução, o acesso ao serviço de saúde, a classe econômica, a vida conjugal, o meio em que está inserida, a carga cultural, a renda familiar, dentre outros, causam impactos de naturezas diversas (LEITE *et al.*, 2013).

Conhecer o perfil e características da população atendida é essencial para a implantação de estratégias que atuem de forma a melhorar as condições de saúde, permitindo uma assistência integral única ao contexto em que cada puérpera está inserida (WIELGANCZUK *et al.*, 2019). Neste contexto, a pesquisa teve como objetivo descrever o perfil socioeconômico de mulheres em puerpério hospitalar em um município do sul do Brasil.

2 I MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa.

A pesquisa foi desenvolvida em uma maternidade filantrópica que atende usuárias do Sistema Único de Saúde e de sistema particular, no município de Bandeirantes, Paraná. O município está localizado no Norte do Paraná e tem como municípios limítrofes, Itambaracá, Andirá, Barra do Jacaré, Santo Antônio da Platina, Abatiá, Santa Amélia, Santa Mariana e Cornélio Procópio. De acordo com o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2010 totalizou-se 32.184 habitantes, sendo que 16.633 eram do sexo feminino, destas 14.816 mulheres residiam na área urbana e 1.817 na zona rural. No ano de 2020 foi estimada uma população de 31.211 pessoas (BRASIL, 2020).

A população foi composta por mulheres em puerpério hospitalar. Foram incluídas todas as mulheres que estivessem hospitalizadas e que concordaram em participar da pesquisa.

A amostra foi calculada baseado em um tamanho de população de 446 nascimentos no ano de 2017, com grau de confiança de 90% e a margem de erro de 10%. Diante desses parâmetros o tamanho da amostra foi de 60 indivíduos.

O levantamento dos dados sobre a quantidade de mães hospitalizadas ocorreu através do setor administrativo da unidade hospitalar estudada.

As entrevistas foram realizadas utilizando-se um formulário criado especificamente para a pesquisa. Os dados foram coletados de novembro de 2019, a outubro de 2020. E as variáveis estudadas foram: Perfil socioeconômico: nome (iniciais), data, endereço, bairro, data de nascimento, idade, telefone celular e fixo, escolaridade, raça/cor, estado civil, profissão/ocupação, renda familiar, pessoas que contribuem para a renda familiar e número de dependentes na casa.

Antes da aplicação do formulário, foi feita a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e no caso das participantes adolescentes do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido para responsável maior de idade. Após a leitura e aceite de participação, os formulários foram assinados pelas próprias participantes ou um responsável legal e uma cópia foi deixada para cada participante.

Foi elaborado um banco de dados no Microsoft Excel 2016 para o estudo das variáveis e a análise foi feita por meio de frequência absoluta e relativa.

O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual do Norte do Paraná, sob parecer 3.510.196, e conduzido de acordo com os padrões éticos exigidos.

3 I RESULTADOS

Pode-se perceber que 31 (51,6%) possuíam de 25 a 34 anos, sendo que a idade média foi de 26 anos. Em relação à variável cor/raça observou-se que a raça branca foi a mais prevalente, com 33 (55,0%). A maioria das mães relataram possuir ensino médio completo 31 (51,6%). Das mulheres investigadas 34 (56,6%) tinham como ocupação/profissão do lar. Em relação ao estado civil 27 (45,0%) são casadas, 17 (28,3%) são solteiras e 16 (26,6%) são amasiadas. Quanto a renda, a maioria das entrevistadas 34 (56,6%) possuía uma renda de um a dois salários mínimos, também foi investigado o número de dependentes no domicilio e constatou-se que 35 (58,3%) tinham mais quatro dependentes (Tabela 1).

Variáveis	**n (%)**
Idade	
30 a 34	16 (26,6)
25 a 29	15 (25,0)
19 a 24	14 (23,3)
< 18	09 (15,0)
> 35	06 (10,0)
Escolaridade	
Analfabeta	01 (1,6)
Ensino fundamental incompleto	08 (13,3)
Ensino fundamental completo	07 (11,6)
Ensino médio incompleto	05 (8,3)
Ensino médio completo	31 (51,6)
Ensino superior	08 (13,3)
Estado civil	
Casada	27 (45,0)
Solteira	17 (28,3)
Amasiada	16 (26,6)
Profissão/Ocupação	
Do lar	34 (56,6)
Outras*	21 (35,0)
Vendedora	03 (5,0)
Estudante	02 (3,3)
Raça/cor	
Branca	33 (55,0)
Parda	18 (30,0)
Preta	05 (8,3)
Amarela	04 (6,6)
Renda familiar	
1 a 2 salários mínimos	34 (56,6)
< 1 salário mínimo	13 (21,6)
2 a 3 salários mínimos	08 (13,3)
> 3 salários mínimos	05 (8,3)
Número de dependentes	
> 4	35 (58,32)
3	16 (26,6)
2	05 (8,33)
1	03 (5,0)
Não responderam/não souberam informar	01 (1,6)

*Operadora de caixa, professora, criadora de peixe, Manicure, Tradutora e intérprete de libras, assistente social, assistente administrativa, recepcionista, garçonete, serviços gerais, empresária, veterinária, gerente de banco, técnica de enfermagem, auxiliar de cozinha.

Tabela 1 – Distribuição das variáveis sobre perfil socioeconômico. Bandeirantes – Paraná, 2019/2020.

4 I DISCUSSÃO

Enfatiza-se que a pandemia da COVID-19 foi um ponto dificultador para a coleta dos dados da presente pesquisa no ano de 2020. A pesquisa foi pausada entre os meses de março a junho e houve o retorno das atividades somente após autorização do hospital e da maternidade.

Outra dificuldade encontrada para realização da coleta dos dados foi o aceite das puérperas em responder o formulário, pois, o puerpério é um momento exaustivo e único para cada mulher, onde deve-se respeitar e compreender a vontade de cada uma em participar ou não da pesquisa.

A idade média entre as mães participantes da pesquisa foi de 26 anos. Um estudo, obteve resultados semelhantes, 71,8% tinham entre 20 e 34 anos e apenas 17,8% tinham entre 12 e 19 anos, na região Sul do país (VELHO *et al.*, 2019)

Ainda sobre os dados socioeconômicos, observou-se a prevalência da raça branca, estado civil casada, ensino médio completo, renda de 1 a 2 salários mínimos. Resultados semelhantes foram descritos em uma pesquisa cujo objetivo era investigar quais fatores encontram-se associados à via de parto em uma maternidade pública e privada de referência no Estado do Rio Grande do Sul, onde cor/raça branca prevaleceu em 68,5% (463), possuíam ensino médio completo 46,7% (316) das entrevistadas, das mulheres 91,0% (615) possuíam companheiro, e 44,9% (302) vivem com até 2 salários mínimos (RASADOR e ABEGG, 2020).

Um estudo realizado na cidade de Pelotas, no Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas com 170 puérperas, demonstrou idade média de 26,5 anos na população estudada, 88,0% eram casadas ou moravam com companheiro, 72,0% não trabalhavam fora do lar (MACHADO *et al.*, 2014). Ainda, outro estudo desenvolvido em um hospital escola na região de Campos Gerais, Paraná, demonstra o perfil das puérperas entrevistadas onde o estado civil casadas/união estável ou companheiro fixo, com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos e ensino médio completo, resultados que vão de encontro com a presente pesquisa (PAULA *et al.*, 2020).

Quanto à ocupação/profissão, a maioria das entrevistadas disseram ser do lar e não ter atividade remunerada. Um estudo realizado com 446 mães residentes no Município de Bandeirantes – Paraná, que tiveram filhos em 2017, cujo o objetivo foi analisar as principais dificuldades e intercorrências mamárias encontradas pelas mães e os fatores associados ao tempo de Aleitamento Materno Exclusivo e desmame precoce, mostrou que 41,9% (125) das mães tinham como profissão/ocupação do lar (GUILHERME *et al.*, 2020).

Atualmente, no Brasil existem programas implantados para assistência, prevenção e controle da morbimortalidade materno no período gravídico-puerperal, como Rede Cegonha e Rede Mãe Paranaense, no Estado do Paraná, e conhecer as características socioeconômicas destas mulheres pode favorecer o manejo e a prevenção de desfechos

indesejados para a mulher e seu filho (VARELA *et al.*, 2017).

5 I CONCLUSÃO

Pode-se concluir que a idade média das participantes foi de 26 anos, predominou-se as puérperas de raça branca, com ensino médio completo, ocupação/profissão do lar, casadas com renda familiar de um a dois salários mínimos e com mais quatro dependentes.

Sugere-se que a faixa etária, a raça/cor, a escolaridade e a classe econômica das puérperas podem influenciar no acesso aos serviços de saúde e, neste contexto, é fundamental que o profissional de saúde e de enfermagem esteja atento a fim de contribuir para o alcance da equidade, universalidade e integralidade para a melhora e modificação da situação observada.

AGRADECIMENTOS

À Fundação Araucária e Universidade Estadual do Norte do Paraná por parte do apoio financeiro, e ao setor administrativo da unidade hospitalar estudada, pela autorização do levantamento de dados na instituição.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Todos os autores participaram da (1) concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; (2) elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; (3) aprovação final do manuscrito para submissão.

Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e são responsáveis por todo o conteúdo da obra.

REFERÊNCIAS

Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Estimativa da população. IBGE, 2020.

GUILHERME, T. S. *et al*. **Aleitamento materno entre mães de um município do Sul do Brasil**. Atena, Internet, v. 13, n. 1, p. 123-144, set./2020 doi: http://doi.org/10.22533/at.ed.30620280913. Acesso em: 6 mai. 2021.

LEITE, F. M. C. *et al*. **Perfil socioeconômico e obstétrico de puérperas assistidas em uma maternidade filantrópica**. Cogitare Enfermagem, Internet, v. 18, n. 2, p. 344-350, jun./2013. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32584/20700. Acesso em: 6 mai. 2021.

MACHADO, A. K. F. *et al*. **Intenção de amamentar e de introdução de alimentação complementar de puérperas de um Hospital-Escola do sul do Brasil**. Ciência e Saúde Coletiva, Internet, v. 19, n. 7, p. 1983-1989, jul./2014. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2014.v19n7/1983-1989/pt/. Acesso em: 6 mai. 2021.

PAULA, P. P. *et al*. **Boas práticas na atenção obstétrica: percepções de puérperas**. BrazilianJournal of Development, Curitiba, v. 6, n. 11, p. 93005-93018, nov./2020.

RASADOR, Silvane; ABEGG, Claides. **Fatores associados à via de parto em um município da região nordeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil**. Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil, Recife, v. 19, n. 4, p. 807-815, dez./2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v19n4/pt_1519-3829-rbsmi-19-04-0797.pdf. Acesso em: 6 mai. 2021.

RIBERIO, J. P. *et al*. **Necessidades sentidas pelas mulheres no período puerperal**. Revista de Enfermagem UFPE, Recife, v. 13, n. 1, p. 61-69, jan./2019. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/235022/31122. Acesso em: 6 mai. 2021.

RICCI, Susan Scott. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. p. 10-800.

SILVA, S. G. F. D. *et al*. **Influência de variáveis sociodemográficas, clínicas, obstétricas e neonatais na qualidade de vida de puérperas**. Revista de Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 1-8, nov./2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Sueli-Silva-7/publication/337960929_Influencia_de_variaveis_do_periodo_pos-parto_na_qualidade_de_vida_de_puerperas/links/5e949f434585150839dadc6e/Influencia-de-variaveis-do-periodo-pos-parto-na-qualidade-de-vida-de-puerperas.pdf. Acesso em: 6 mai. 2021.

VARELA, P. L. R. *et al*. **Intercorrências na gravidez em puérperas brasileiras atendidas nos sistemas público e privado de saúde**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 25, n. 1, p. 1, jan./2018.

VELHO, M. B. *et al*. **Modelos de assistência obstétrica na Região Sul do Brasil e fatores associados**. Cadernos de Saúde Pública, Internet, v. 35, n. 3, p. 1-15, jun./2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csp/v35n3/1678-4464-csp-35-03-e00093118.pdf. Acesso em: 6 mai. 2021.

WIELGANCZUK, R. P. *et al*. **Perfil de puérperas e de seus neonatos em maternidades públicas**. Revista Eletrônica Acervo Saúde, Internet, v. 11, n. 7, p. 1-9, mar./2019. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/605/292. Acesso em: 6 mai. 2021.

CAPÍTULO 13

DESMISTIFICANDO O RECEM NASCIDO COM: OS PRINCIPAIS CUIDADOS E PRIMEIROS SOCORROS

Data de aceite: 01/08/2021

Bianca Arantes Pereira Nadur
Graduanda em Enfermagem na Universidade Vale do Rio Verde - UninCor
http://lattes.cnpq.br/1518248741927250

João Paulo Soares Fonseca
Professor do Curso de Enfermagem na Universidade Vale do Rio Verde – UninCor
Especialista em Terapia Intensiva e Urgência pela Fundação Unimed
Mestre em Educação pela Uninvás
http://lattes.cnpq.br/0975646131943837

Ranile Santos Silva
Professora e Coordenadora de Enfermagem na Universidade Vale do Rio Verde - UninCor
Mestre em Bioética pela Uninvás
Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal Alfenas – UNIFAL.
http://lattes.cnpq.br/7721972312425923

RESUMO: **Introdução**: O delicado momento de transição do meio intra para o extrauterino é marcado por inúmeras mudanças para a criança. Proporcionando um ambiente de aconchego, de temperatura e luminosidade constantes, os ruídos são ouvidos suavemente, não necessitando de esforço para realizar as funções vitais. **Objetivo**: O conhecimento de como a família realiza os cuidados com RN, e ênfase nos primeiros socorros. **Materiais e métodos**: A pesquisa quantitativa foi aplicada na unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF), na cidade de Conceição do Rio Verde, sul de Minas Gerais, com um grupo de gestantes. Foi aplicado um questionário às gestantes que fazem acompanhamento pré natal na ESF, onde a pesquisa foi encaminhada ao comitê de ética da UninCor sendo aprovada. **Resultados**: Descreve quais os principais cuidados que se deve ter com Recém Nascido. Foi dividido em siglas, cada sigla simbolizada por G (gestante). Direcionado para os itens local onde vive, cuidados com banho, amamentação, coto umbilical e cuidados com as roupas. Conclusão: Conclui-se que a presente proposta de avaliar o nível de conhecimento das gestantes sobre cuidados básicos e os primeiros socorros com RN; conhecer previamente os entrevistados com questionário proposto e criado pela autora. Após a abordagem e o conhecimento, espera-se orientar este público de mães sobre a importância de se manter um cuidado, seja ele do básico ao atendimento emergencial, garantindo assim uma assistência e cuidado integral a este bebê.

PALAVRAS - CHAVE: Recém-nascido; Cuidados; Primeiros Socorros.

ABSTRACT: **Introduction**: The delicate moment of transition from intra to extrauterine environment is marked by numerous changes for the child. Providing an environment of warmth, constant temperature and brightness, the noises are heard softly, requiring no effort to perform vital functions. **Objective**: Family knowledge, focusing on the mother, about the main care and the importance of first aid with newborns. **Materials and methods or Methodological aspects**: The project consisted of a quantitative research,

observing the structure of the institution, the activities carried out in the Family Health Strategy (ESF), in the city of Conceição do Rio Verde, southern Minas Gerais, Brazil. with a group of pregnant women. A questionnaire was applied to pregnant women who attend prenatal care at the FHS, and the participants were informed about the importance of the research and the Informed Consent Form (FICF). Results: Describes what the main care you should have with Newborn, was divided into acronyms, each acronym symbolized by G (pregnant woman). Directed to the items you live in, bath care, breastfeeding, umbilical stump and clothing care. **Conclusion or Final Considerations**: It is concluded that the present proposal to assess the level of knowledge of pregnant women about basic care and first aid with newborns, aims to know previously the interviewees with a questionnaire proposed and created by the author. After the approach and knowledge is expected to guide this audience of mothers on the importance of maintaining care, be it from the basics to emergency care, thus ensuring comprehensive care and care for this baby.
KEYWORDS: Newborn; Care; First aid.

INTRODUÇÃO

O delicado momento de transição do meio intra para o extrauterino é marcado por inúmeras mudanças para a criança. Proporcionando um ambiente de aconchego, de temperatura e luminosidade constantes, os ruídos são ouvidos suavemente, não necessitando de esforço para realizar as funções vitais. Com o nascimento o bebê vai se adaptando gradualmente ao meio extrauterino superando as dificuldades inerentes ao seu desenvolvimento. Outro tipo de contato importante que se estabelece entre a mãe e o recém-nascido, é o visual. Quando a mãe é a pessoa que está mais em contato com o bebê e que também lhe oferece outras estimulações, o primeiro objeto atraente que surge no campo visual do RN é o rosto da mãe. Os cuidados maternos formam a base da vida emocional e de relacionamento do RN (CRUZ; SUMAM; SPÍNDOLA, 2007).

A importância de se valorizar o cuidado com o recém-nascido, principalmente no local onde vive, revela que o cuidado da equipe de saúde junto à família e à comunidade, particularmente após o nascimento, é capaz de prevenir mortes neonatais, sobretudo em contextos com elevada mortalidade e sistemas de saúde enfraquecidos. O cuidado engloba a educação em saúde, mobilização e engajamento comunitário para estimular as melhores práticas pré-natais e pós-natais, a gestão de casos de doenças na comunidade, apoio e incentivo à amamentação e à imunização e a mobilização comunitária por serviços de qualidade (MINISTERIO DA SAUDE, 2004).

A avaliação do estado geral do recém-nascido nos primeiros minutos de vida é de fundamental importância, pois ela orienta a assistência imediata que deverá receber e alerta quanto a problemas que poderão surgir (SCHLATTER,E.F,1981).

Os primeiros socorros como sendo os cuidados imediatos que devem ser prestados rapidamente a uma pessoa, vítima de acidentes ou de mal súbito, cujo estado físico põe em perigo a sua vida, com o fim de manter as funções vitais e evitar o agravamento de suas

condições, aplicando medidas e procedimentos até a chegada de assistência qualificada. Qualquer pessoa treinada poderá prestar os Primeiros Socorros, conduzindo-se com serenidade, compreensão e confiança. Manter a calma e o próprio controle, porém, o controle de outras pessoas é igualmente importante. Ações valem mais que as palavras. O tom de voz tranquilo e confortante dará à vítima sensação de confiança na pessoa que o está socorrendo (MINISTERIO DA SAUDE, 2003).

Neste contexto será que essas mães sabem como lidar com cuidados básicos e a situação de primeiros socorros?

Com isso a pesquisa tem por objetivo conhecer como a família, realiza os cuidados com RN, e ênfase nos primeiros socorros.

REFERENCIAL TEÓRICO

O nascimento de um filho caracteriza-se como um momento marcante na vida das mulheres/mães, pois representa a transição do papel da mulher, que passa a ter a incumbência de ser mãe. Esse acontecimento ocorre por meio do parto, que por sua vez, é um processo que causa mudanças fisiológicas e psicológicas rápidas e intensas na mulher, possibilitando a saída da criança do corpo materno para vir ao mundo (DODOU, H.D; et al, 2014).

O enfermeiro como profissional comprometido com a promoção da saúde, deve investir em melhores práticas de acolhimento à gestante, ao acompanhamento pré-natal com qualidade, contemplando as necessidades de saúde do binômio mãe-bebê. Acredita-se que a gestante deva ser atendida de forma adequada, minimizando os agravos à saúde do RN e assistência de qualidade à mãe e ao neonato. Representa papel fundamental na prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante. Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação (NAIDON; NEVES; SILVEIRA, 2018).

Os programas e políticas de saúde infantil recentemente começaram a incidir sobre os problemas específicos dos RN, pois além da mortalidade, preocupa-se com a falta de continuidade do cuidado prestado no hospital, no cuidado observado no domicílio e na comunidade, visando à qualidade de vida, para possibilitar que cresçam e desenvolvam harmoniosamente todo seu potencial. São nesse período que mais ocorrem situações que envolvem mãe e bebê, como as dificuldades na amamentação (seja por problemas com a pega e a posição, seja pelas crenças populares que influenciam essa prática), os cuidados com o coto umbilical e a higiene.

Permite pensar de forma integrada as relações familiares no cuidado do RN no domicílio. Torna-se essencial que os profissionais de saúde possam ouvir, identificar

problemas, compreender, acolher e aconselhar, sem perder de vista que aconselhar não é impor o que se deve fazer, mas apoiar e orientar de forma clara para tentar ajudar nas decisões que precisam ser tomadas. As orientações fornecidas pelos profissionais de saúde só fazem sentido quando atendem às necessidades reais das famílias e têm significados dentro de seu contexto social, econômico e cultural em que elas se inserem (ELSEN; MARCON; SANTOS, 2004).

A criança recém-nascida é vulnerável por sua condição de dependência total do cuidado de adultos. Nasce no hospital e recebe cuidado tanto da equipe de enfermagem, como da mãe e da família, e quando segue para o domicílio, continua recebendo cuidados, geralmente orientados por profissionais de saúde e por membros da família e da comunidade, que constituem sua rede de suporte social (LACAVA; GOLDMAN; VIEIRA, 2002).

O contato físico muito precoce entre mãe e filho tem importância prioritária na visão humanizada de cuidados ao bebê ainda na sala de parto. A fim de se evitar separações desnecessárias entre o binômio, o que poderia prejudicar o aleitamento materno e a aproximação ao bebê, é importante reduzir ao estritamente necessário os procedimentos realizados no pós-parto imediato, quando se tratar de um bebê de baixo risco (CARDOSO, 1986).

O bebê merece muito cuidado e atenção. Nessa fase inicial da vida é necessário tomar algumas precauções, pois a criança é mais sensível e muito influenciada pelo ambiente e pelas pessoas de seu convívio. A pele do bebê deve ser higienizada com produtos não tóxicos, e neutros. A limpeza das nádegas e da região perianal deverá ser feita com sabonete suave, com posterior enxágue, deve ser utilizado quando for necessária troca de fraldas. O coto umbilical é uma parte muito sensível em bebês recém-nascidos, que pode acumular secreções se não mantiver a área limpa. Quando for trocar as fraldas do bebê, faça primeiro a limpeza do coto umbilical com álcool 70% e cotonetes flexíveis de algodão. A região é delicada, mas ao realizar a higienização, o bebê não tem sensibilidade na área. Entre uma ou duas semanas o coto pode cair (LAMARE, 2001).

Orientar as mães para que não amamentem outros RN que não os seus (amamentação cruzada) e não permitam que outras mães amamentem seu filho. Essa medida visa a prevenir a contaminação de crianças com possíveis patógenos que podem ser encontrados no leite materno, incluindo o HIV (MINISTERIO DA SAUDE, 2006).

A troca de fraldas não é importante apenas para o conforto, mas também para evitar assaduras e claro, garantir a higiene do bebê. As mãos e unhas do recém-nascido são áreas que também precisam de atenção e limpeza, pois os bebês costumam levar as mãos até a boca com muita frequência. As higienizações das orelhas do bebê devem ser na hora do banho e secar bem a parte externa com uma toalha macia. A cera de ouvido atua como mecanismo de defesa, não realizar a limpeza interna dessa região, apenas secar a parte externa. Quando a hora do banho chegar é importante prezar pela segurança e o prazer do bebê e da mãe. Tente escolher sempre o mesmo horário e o melhor momento

para dar o banho; após o rosto, siga pela cabeça e o resto do corpo no sentido céfalo caudal (LAMARE, 2001).

No banho verifique sempre a temperatura da água com um termômetro ou com o cotovelo (menos de 25º C). Nunca saia do alcance da criança, o afogamento não é o único perigo. O simples mergulho com aspiração de água até os pulmões pode provocar problemas (MELO, et. al, 2011) .

Se o bebê "trocar o dia pela noite", deve-se: reduzir a sua estimulação durante a alimentação noturna, prover luminosidade restrita, deixar a criança envolta por uma manta, falar pouco e com a voz mais baixa. Ao ninar o bebê não se deve exagerar nos movimentos de balanceio ou de levantá-lo, para evitar alterações de equilíbrio, tais como: náuseas e vômitos, choro sem causa e preferência pelo berço (LAMARE, 2001).

O banho de sol é muito importante e recomendado. Os bebês devem ser protegidos da exposição direta à luz solar com roupas adequadas, porém, ambientes bem iluminados são importantes para prevenir icterícia. Controlada a temperatura média dos dias ensolarados, observa-se que mesmo em dias quentes, algumas mães colocaram os filhos vestidos para tomar sol. Quanto menor a área exposta, maior o tempo necessário para a síntese de igual quantidade de vitamina. Dessa forma, é importante orientar as mães quanto à quantidade de roupa, horário e duração da exposição ao sol, necessários para que o efeito desejado seja alcançado - pouca roupa, em qualquer horário, por tempo suficiente (menos tempo entre 10h e 16h, e mais tempo antes das 10h ou após às 16h) e sem que haja a formação de eritema (CASTILHO,RACHED, 2010).

O engasgo na mamada ocorre pela falta de coordenação entre sucção, deglutição e respiração. Para evitá-lo, deve-se alimentar o bebê sem pressa, parando periodicamente para ele descansar e arrotar. Caso a criança se engasgue durante a mamada, a mãe deve colocar a cabeça em posição lateral imediatamente. Para evitar o retorno do leite pela boca deve-se fazer o bebê arrotar com maior frequência durante e após as mamadas. Após o término da mamada, recomenda-se deixar a cabeça do bebê mais elevada do que o corpo, com manuseio mínimo. A regurgitação após as mamadas pode ser normal desde que o bebê não apresente alteração na cor da pele (acinzentada ou roxa), pausa ou dificuldade na respiração nesses episódios e que apresente ganho de peso adequado. Alguns cuidados são necessários para evitar infecções: incentivo ao aleitamento materno, lavar as mãos antes de cuidar do bebê e alimentá-lo, lavar cuidadosamente os utensílios e o vestuário do bebê, fazer uma higiene corporal adequada, evitar lesões de pele, evitar ambientes com aglomeração de pessoas e manter o esquema de vacinação em dia (MINISTERIO DA SAUDE, 2011).

A ingestão de leite humano, preferencialmente o materno, retirado diretamente do seio, além de propiciar reconhecidos benefícios nutricionais e de proteção contra infecções para o bebê, pode ser uma potente intervenção para alívio de dor (MINISTERIO DA SAUDE, 2013).

Síndrome do Bebê Sacudido é frequente em menores de 2 anos, é causada por violenta movimentação da criança, que devido à fragilidade da musculatura do pescoço e ao grande volume cerebral, provoca o choque entre a calota craniana e o tecido encefálico. Este pode acarretar desde micro até hemorragias maciças e rompimento de fibras e tecido nervoso, que se manifestam por convulsões, paralisias e hemorragia de retina. Síndrome de Munchausen por Procuração caracteriza-se pela simulação ou criação/invenção de sinais e sintomas que caracterizam doenças na criança, sempre pelo mesmo responsável ou cuidador (geralmente a mãe), com preocupação exagerada ou com prazer em relatá-los mesmo que repetidamente, e até a falsificação de resultados de exames. Consequentemente os médicos são induzidos a orientar investigações agressivas e tratamentos desnecessários. A identificação de sinais ou sintomas aos quais as mães ou responsável não precisam se preocupar são: soluços, bocejos, espirros, regurgitação ocasional, esforço ao evacuar se as fezes são amolecidas, borborigmos, tremores de queixos ou lábios, agitação de braços ou pernas quando o bebê chora, ruídos com breve endurecimento do corpo e congestão leve em ambientes secos (MINISTERIO DA SAUDE, 2011).

A avaliação do estado geral do recém-nascido nos primeiros minutos de vida é de fundamental importância, pois ela orienta a assistência imediata que deverá receber e alerta quanto a problemas que poderão surgir (SCHLATTER, 1981).

Avaliar, categorizar, decidir e agir é a abordagem sistemática escolhida para o reconhecimento e o tratamento das crianças gravemente enfermas ou vítimas de trauma. A avaliação inicial repetida permite que se determine o melhor tratamento ou intervenção em qualquer ponto cronológico. Com base na informação obtida na avaliação, é possível também categorizar as condições clínicas da criança por tipo e gravidade e decidir o tratamento mais adequado. Este processo de avaliar-classificar-decidir-agir é constante e repetitivo, devendo-se sempre reavaliar o paciente durante a ação e após cada procedimento. Consiste em uma avaliação inicial visual e auditiva, realizada nos primeiros segundos de contato com o paciente (MATSUNO, 2012).

Os primeiros socorros são definidos como um atendimento temporário e imediato de uma pessoa que está ferida ou que adoece repentinamente, bem como, se insere o atendimento no domicílio quando não se pode ter acesso a uma equipe de resgate ou enquanto os técnicos em emergência médica não chegam ao local (BROLEZI, 2014).

Deve-se avaliar simultaneamente a aparência, o trabalho respiratório e a circulação. Na aparência, avaliam-se os tônus muscular, a interação do paciente com o ambiente, a consolabilidade, o olhar e a fala ou o choro. Na avaliação do esforço respiratório, observa-se se há aumento do trabalho respiratório (batimento de asas do nariz, uso da musculatura acessória com retrações), diminuição ou ausência do trabalho respiratório (apneia, bradpneia), prestando-se atenção a sons anormais, como sibilos, gemidos e estridor audíveis sem o uso de estetoscópio. Na circulação, deve-se observar principalmente a coloração da pele (palidez, pele marmórea) e a presença de sangramentos. Com base nas

informações da avaliação inicial, pode-se determinar se a condição do paciente indica ou não perigo de morte (MATSUNO, 2012).

MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa quantitativa, sendo aplicada na Estratégia de Saúde da Família (ESF), Equipe 03, na cidade de Conceição do Rio Verde, sul de Minas Gerais, com um grupo de gestantes. Foi aplicado um questionário as gestantes que fazem acompanhamento pré-natal na ESF. Logo após liberação pelo comitê de ética em pesquisa, foi aplicado questionário juntamente com o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). A cidade de Conceição do Rio Verde possui 13.590 Habitantes e fica entre as cidades de Três Corações e Caxambu, sendo sua economia referente ao café e leite. O município é dividido em zona urbana e rural, sendo 1.500 zona rural e 12.090, zona urbana. Para atendimento da população o município consta de 01 Hospital Filantrópico (São Francisco de Assis), 03 ESF, 01 Unidade Básica de Saúde, 01 Ancianato. Este cenário foi escolhido por se tratar de um município de pequeno porte, escasso de informação e recursos. A pesquisa contou com a participação das gestantes que fazem pré-natal no ESF 03, sendo um total de 10 gestantes. O presente estudo respeita os preceitos estabelecidos pela Resolução 466/12 de dezembro de 2012, sendo liberada CAEE nº 20670519.5.0000.5158. Os dados foram tabulados logo após aplicação do questionário.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Questão 01	NG	Total	%
Sim	04		40%
Não	06		60%
Questão 02	**NG**	**Total**	**%**
Importante	02		20%
Muito Importante	08		80%

Tabela 01 - Primeira Gestação e qual a importância da Amamentação

Fonte: Questionário aplicado pela autora, 2019.

A tabela acima descreve sobre a primeira gestação, ao aplicar o questionário conclui-se que 40% das participantes responderam sim, seria a primeira gestação, dando um total 04 gestantes, e 60% respondeu não sendo a primeira gestação, num total de 06

gestantes. A tabela também descreve sobre a importância da amamentação, encontramos que 20% delas acham importantes (total 02 gestantes) e 80% acha muito importante (total 08 gestantes). A pesquisa vai de encontro com os dados do (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). A questão 03 do questionário perguntava sobre a amamentação e tempo dela, 100% das participantes responderam 6 meses, isso vem de encontro com Ministério da Saúde, 2006, que recomenda a amamentação exclusiva até esse período.

Questão 04 - Quais os principais cuidados que deve ter com RN?												
Questão 04	**G1**	**G2**	**G3**	**G4**	**G5**	**G6**	**G7**	**G8**	**G9**	**G10**	**Total**	**%**
Local onde se vive	01	01	01	01	0	01	0	0	0	0	05	50%
Cuidados com o Banho	01	01	0	0	01	01	0	0	0	0	04	40%
Amamentação	01	01	0	0	01	01	01	01	0	0	06	60%
Coto Umbilical	01	01	0	0	01	0	0	0	01	01	05	50%
Cuidado com as roupas	01	01	0	0	01	01	0	0	0	0	04	40%
Questão 05- Quem pode passar orientação sobre os cuidados com RN?												
Questão 05	**G1**	**G2**	**G3**	**G4**	**G5**	**G6**	**G7**	**G8**	**G9**	**G10**	**Total**	**%**
Médico	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	10	100%
Enfermeiros	0	01	0	0	0	01	0	01	0	0	03	30%
Pais	0	0	0	0	0	01	0	0	0	0	01	10%

Tabela 04 - Cuidados e orientação ao RN

Fonte: Questionário aplicado pela autora, 2019.

A questão 04 descreve quais os principais cuidados que se deve ter com Recém Nascido. Para descrever foi dividido em siglas, cada sigla simbolizada por G (gestante) e número referente a quantidade, sendo este escolhido por ordem alfabética. Nesta questão foi direcionado para os itens local onde vive, cuidados com banho, amamentação, coto umbilical e cuidados com as roupas. A questão abordava o que a cuidadora/mãe achava mais importante ou somente importante, sendo liberada mais de uma alternativa. Após a análise observou-se que: o local onde se vive 05 das gestantes (50%), os cuidados com o banho 40%, Amamentação (60%), coto umbilical (50%), cuidado com as roupas (40%). Já a questão 05 representa sobre quem pode passar a orientação sobre os cuidados com recém-nascido. Foram encontradas as seguintes porcentagens: O profissional médico - 100% das gestantes acredita ser o profissional, responsável, 30% acredita serem os enfermeiros e 10% responderam serem os pais (LAMARE,2001).

A questão 06 do questionário, pergunta se é seguida alguma tradição da família. Somente 01 pessoa, ou seja, 10% respondeu que sim, que não deve se usar roupas ou peças amarelas para que o recém-nascido ou bebê não venha a ter icterícia. (CASTILHO, RACHED, 2010).

Questão 07	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8	G9	G10	Total	%
Soprar o rosto	01	0	0	0	0	0	0	0	0	01	02	20%
Realizar tapotagem	0	01	01	01	0	01	0	01	0	0	05	50%
Sacudir a criança	0	0	0	0	01	0	0	0	0	0	01	10%
Levantar o braço	0	0	0	0	0	0	01	0	01	0	02	20%

Tabela 07 - Como socorrer o bebe que engasgou com amamentação?

Fonte: Questionário aplicado pela autora, 2019.

A questão 07 descreve como socorrer o bebê que engasgou com amamentação, direcionando: soprar o rosto, realizar tapotagem, sacudir a criança e levantar o braço. Após análise, chega-se à conclusão que 20% soprariam o rosto, 50% realizariam tapotagem, 10% sacudiriam o bebê e 20% levantariam os braços caso o recém-nascido viesse a engasgar na hora da amamentação (MINISTERIO DA SAUDE, 2011).

Questão 08	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8	G9	G10	Total	%
Mão	01	0	0	0	01	0	01	0	01	0	04	40%
Braço	0	0	01	0	0	0	0	0	0	0	01	10%
Antebraço	0	01	0	01	0	01	0	01	0	01	05	50%

Tabela 08 - Como saber se a temparatura do banho esta no ponto?

Fonte: Questionário aplicado pela autora, 2019.

A questão 08 questiona-se como saber se a temperatura da água do banho está no ponto certo. Sendo opções como mão, braço e antebraço. Após analise, 40% acham que podem ver a temperatura com as mãos, 10% com o braço e 50% afirmam que podem sentir com o antebraço, sendo a parte mais sensível do corpo adulto. (MELO, et. Al,2011)

Questão 09	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8	G9	G10	Total	%
Colocar fumo	01	0	0	0	0	0	0	0	0	0	01	10%
Comprimir com moeda	01	0	0	0	0	0	0	0	0	0	01	10%
Colocar folhas/ervas	01	0	0	0	0	0	0	0	0	0	01	10%
Álcool Absoluto	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	10	100%

Tabela 09 - Como devo cuidar do umbigo do bebê?

Fonte: Questionário aplicado pela autora, 2019.

A questão 09 questiona como se deve cuidar do umbigo do bebê. Sendo direcionado: colocar fumo, comprimir com moeda, colocar folhas/ervas e álcool absoluto. Sendo que somente uma (01) pessoa acha que o umbigo deve ser curado com fumo, moeda folhas e ervas e álcool absoluto, segue tradições familiares. E as outras 09 participantes concluíram que se deve curar somente com álcool absoluto (LAMARE,2001).

Questão 10	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8	G9	G10	Total	%
Ligar 193	0	01	0	0	0	0	0	0	0	0	01	10%
Levar Hospital	01	00	01	01	01	01	01	01	01	01	9	90%

Tabela 10 - E se cairmos com o bebê no colo?

Fonte: Questionário aplicado pela autora, 2019.

A questão 10 descreve que se cairmos com o bebê ao colo, o que deve ser feito nessa situação. 01 pessoa, ou seja, 10% ligariam para 193, e 90% levariam para o hospital, ou seja, 09 pessoas (WAKSMAN,R.D,et al,2005).

Questão 11	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8	G9	G10	Total	%
Sim	0	0	01	0	0	0	0	0	01	0	02	20%
Não	0	01	0	0	01	01	0	01	0	0	04	40%
Nunca Ouviu fala	01	0	0	01	0	0	01	0	0	01	04	40%

Tabela 11 - Voc6e conhece a Síndrome do bebê Sacudido?

Fonte: Questionário aplicado pela autora, 2019.

A tabela 11 descreve se alguém tem conhecimento da Síndrome do Bebê Sacudido. 20% afirmam que já ouviram falar, 40% não têm conhecimento algum sobre esse assunto. E os outros 40% nunca ouviram nem falar (MINISTERIO DA SAUDE, 2011).

Questão 12	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8	G9	G10	Total	%
Sim	0	01	01	0	0	0	0	01	01	0	04	40%
Não	01	0	0	01	01	01	01	0	0	01	06	60%

Tabela 12 - Voc6e entende de primeiros socorros?

Fonte: Questionário aplicado pela autora, 2019.

A tabela 12 questiona se tem conhecimento sobre os primeiros socorros. Sendo sim ou não como alternativas, 40% diz entenderem sobre os primeiros socorros e 60% diz que não terem conhecimento algum sobre os primeiros socorros. Mas, tem interesse de aprenderem ou possuírem ao menos uma noção dos primeiros socorros.

A questão 13 questiona, sobre qual a importância de se ter ao menos uma noção de primeiros socorros com recém-nascido em casa e 100% dos participantes responderam que seria Salvar Vida (MINISTERIO DA SAUDE, 2003).

CONCLUSÃO

Conclui-se que a presente proposta de avaliar o nível de conhecimento das gestantes sobre cuidados básicos e os primeiros socorros com RN, utilizando o conhecimento prévio das entrevistadas, dados levantados através de questionário aplicado e criado pela autora. Após a abordagem, espera-se orientar este público de mães sobre a importância e a

necessidade de estar apta de realizar tais cuidados em situação de risco iminente a vida de seu filho ou ate mesmo dar suporte a outra mãe garantindo assim, uma assistência capacitada e um cuidado integral a este bebê.

Investigar e acompanhar o dia a dia ou rotina das mães, gestantes, cuidadoras é essencial, bem como suas formas de agirem nos cuidados principais e primeiros socorros com os recém-nascidos. Esclarecer dúvidas sobre como ter esses cuidados e agir em uma situação emergencial. Elucidar as mães e cuidadoras e/ou responsáveis sobre a importância dos cuidados e principalmente, dos primeiros socorros, esclarecendo dúvidas e abrindo novos caminhos, sugestões para agir e ter consciência da importância dos mesmos.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, Denilce Alves; VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza; ALBUQUERQUE, Vera Lígia Montenegro de. **INTOXICAÇÃO MEDICAMENTOSA EM CRIANÇA.** 2003. 7 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Enfermagem, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2003. Acesso em: 14 jun. 2019.

BECK, Diana; GANGES, Frances; GOLDMAN, Susan. **Cuidados ao Recém-Nascido Manual de consultas.** 2004. 276 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Enfermagem, A Fundação Bill e Melinda Gates, São Paulo, 2004. Disponível em: file:///C:/Users/Bianca%20Arantes/Desktop/TCC/Cuidados-ao-Recem-Nascido-Manual-de-Consulta.pdf. Acesso em: 17 jun. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Manual de Primeiros Socorros**. Rio de Janeiro, 2003. Acesso em: 11 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas**. Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Acesso em: 20 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à Saúde do Recém-Nascido: Guia Para os Profissionais de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Acesso em: 16 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v1.pdf. Acesso em Jun.2019.

BROLEZI A.E, **Orientações de Primeiros Socorros em Urgência na Escola**,2014. Disponível em: http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2014/primeiros_socorros_naescola.pdf .Acesso em: 05 de maio de 2019.

CARDOSO, Telma Abdalla de Oliveira. **Manual de Primeiros Socorros.** 1986. 207 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Enfermagem, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003. Acesso em: 11 de jun. 2019.

CASTILHO S. D., RACHED, C. R.-**HÁBITOS DE EXPOSIÇÃO DE LACTENTES AO SOL**. Rev. Ciênc. Méd., Campinas, 19(1-6):43-52, jan./dez., 2010. Acesso em: 14 maio. 2019.

CRUZ, Daniela Carvalho dos Santos; SUMAM, Natália de Simoni; SPÍNDOLA, Thelma. **Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê.** 2007. 41 v. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Enfermagem, Revista da Escola de Enfermagem da Usp, São Paulo, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000400021. Acesso em: 17 jun. 2019.

DODOU H.D, RODRIGUES D.P, GUERREIRO E.M, GUEDES M.V.C, LAGO P.N, MESQUITA N.S. **THE CONTRIBUTION OF THE COMPANION TO THE HUMANIZATION OF DELIVERY AND BIRTH: PERCEPTIONS OF PUERPERAL WOMEN. ESC ANNA NERY**,2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/ v18n2/1414-8145-ean-18-02-0262.pdf. .Acesso em: 01 Mai. 2019.

ELSEN I, MARCON S.S, SANTOS M.R. **Cuidado Familial: Uma Proposta Inicial de Sistematização Conceitual.** O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá (PR): Eduem; 2004. Acesso em: 30 abr. 2019.

LACAVA R.M.V.B, GOLDMAN R.E, VIEIRA E.S. **Cuidados Imediatos ao Recém-Nascido** In: Barros SMO, Marin HF, Abrão ACFV, organizadoras. Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial. São Paulo: Roca; 2002. p. 231-41. Acesso em: 02 abr. 2019.

LAMARE, RINALDO. **A vida bebe:** cuidados com bebe. 2001. 6 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Enfermagem, Ediouro Publicações, Rio de Janeiro, 2001. Acesso em: 04 mar. 2019.

MATSUNO A.K, **RECONHECIMENTO DAS SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA: AVALIAÇÃO PEDIÁTRICA**,2012. Acesso em: 20 mar. 2019.

MELO EMC, GOMES LMX, Melo MCB, FERREIRA A, VASCONCELLOS MC, MEDEIROS AG **- CARTILHA INFORMATIVA**. Projeto Creche das Rosinhas. Departamentos de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. 2011. Acesso em: 15 mai. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. Brasília (DF): MS; 2004. Acesso em 30 abr. 2019.

NAIDON, Ângela Maria; NEVES, Eliane Tatsch; SILVEIRA, Andressa da. **GESTAÇÃO, PARTO, NASCIMENTO E INTERNAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS EM TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: RELATO DE MÃES.** 2018. 10 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Enfermagem, Scielo, Florianópolis, 2018. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180005750016. Acesso em: 02 jun. 2019.

NUNES”, Escola Técnica “dr. Gualter. **Primeiros Socorros.** 2018. 42 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Enfermagem, Fundação Educacional “Manoel Guedes, Tatui, 2018. Acesso em: 20 abr. 2019.

OLIVER, Pedro. **Convulsões febris. Primeiros socorros em crianças.** 2016. 3 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Enfermagem, Guia Infantil, São Paulo, 2016. Disponível em: https://br.guiainfantil.com/materias/saude/convulsoes-febris-primeiros-socorros-em-criancas/. Acesso em: 06 abr. 2019.

RATI M. S. R; GOULART L. M. H. F. ; MOTA C. G. A.; CESAR. J. A. **"Criança não pode esperar": a busca de serviço de urgência e emergência por mães e suas crianças em condições não urgentes**, 2012. Acesso em: 21 abr. 2019.

SALES, Janyele. **O que fazer no caso de superdosagem de remédio.** 2016. 2 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Enfermagem, Medico Responde, São Paulo, 2019. Disponível em: https://medicoresponde.com.br/o-que-fazer-no-caso-de-superdosagem-de-remedio/. Acesso em: 21 fev. 2019.

SAUDE, Ministério da. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.** 2011. 4 v. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Enfermagem, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília, 2011. Acesso em: 15 mai. 2019.

SCHLATTER E.F. **Aprendizagem da Avaliação da Vitalidade do Recém-Nascido Pelo Método de Apgar** . Rev. Esc. Enf. USP, Sã o Paulo, 75(3):267-273 , 1981. Acesso em: 22 mai. 2019.

WAKSMAN, Renata Dejtiar; GIKAS, Regina Maria Catucci; MACIEL, Wilson. **Crianças e adolescentes seguros.** 2009. 336 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Enfermagem, Sociedade Brasileira de Pediatria, São Paulo, 2005. Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/folha/publifolha/399890-veja-como-proteger-seu-filho-de-quedas-e-prestar-primeiros-socorros-a-criancas.shtml. Acesso em: 26 mai. 2019.

WHALEY, LUCILLE F. & WONG, DONNA L.; Enfermagem Pediátrica - **Elementos essenciais à intervenção efetiva**; 6ª ed.; Rio de Janeiro; Guanabara Koogan; 2006. Acesso em: 10 jun. 2019.

CAPÍTULO 14

A CAPACITAÇÃO DOS ENFERMEIROS E O PROCESSO DA COLETA DO SANGUE DO CORDÃO UMBILICAL E PLACENTÁRIO: O CASO DA MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ

Data de aceite: 01/08/2021

Helder Camilo Leite
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade-Escola
Rio de Janeiro
http://lattes.cnpq.br/4373616169953159

Ana Karine Ramos Brum
Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Costa
Rio de Janeiro
http://lattes.cnpq.br/7885635675479305

Marina Izu
Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Costa
Rio de Janeiro
http://lattes.cnpq.br/1726057389781462

Ana Paula Vieira dos Santos Esteves
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade-Escola
Rio de Janeiro
http://lattes.cnpq.br/0811801303654789

Micheli Marinho Melo
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade-Escola
Rio de Janeiro
http://lattes.cnpq.br/8531550377519366

Danielle Lemos Querido
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade-Escola
Rio de Janeiro
http://lattes.cnpq.br/1246423472568040

Viviane Saraiva de Almeida
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade-Escola
Rio de Janeiro
http://lattes.cnpq.br/0104924704432224

Isabela Dias Ferreira de Melo
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade-Escola
Rio de Janeiro
http://lattes.cnpq.br/3534320550074577

André Luiz Gomes Oliveira
Universidade Salgado de Oliveira – Campos dos Goytacazes
http://lattes.cnpq.br/2885210978832283

Jaqueline Souza da Silva
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade-Escola
Rio de Janeiro
http://lattes.cnpq.br/3782054276621214

RESUMO: Objetivo geral: Analisar a capacitação dos enfermeiros para o processo da coleta SCUP, considerando os aspectos relevantes para a caracterização da Maternidade Escola/UFRJ como posto de coleta. Método: A primeira fase da pesquisa para atender o objetivo de traçar a caracterização das potenciais doadoras de sangue de cordão e placentário na Maternidade Escola da UFRJ utilizou a metodologia do estudo de caso, as fases seguintes se caracterizaram pela abordagem da pesquisa-ação, com dados descritivos realizada com 20 enfermeiros em uma Maternidade Escola pública do Rio de Janeiro. Para atender a análise e tratamento quantitativos

os dados foram tabulados em uma planilha do programa MS Excel® e analisados por meio de estatística descritiva. Para os objetivos qualitativos foram realizados uma análise descritiva de frequência e porcentagem para cada um dos itens dos instrumentos de coleta de dados aplicados, como também através da descrição da percepção subjetiva contidas nos questionários. Resultados: Considerando os critérios de qualificação 73,8% (n=404) aptas para a doação do SCUP, enquanto que nos critérios de desqualificação 89% (n=490) aptas. Apontaram que 62,5% (n=345) das pacientes da maternidade-escola estariam aptas para a doação do sangue do cordão umbilical e placentário, dependendo do seu consentimento. Conclusão: A Maternidade-Escola da UFRJ tem aptidão para ser posto de CSCUP com um grande diferencial: que os enfermeiros devidamente capacitados da instituição poderão realizar as coletas SCUP. Houve aprimoramento dos conhecimentos para enfermeiros em relação ao processo da coleta do sangue do cordão umbilical e placentário.
PALAVRAS - CHAVE: Capacitação de recursos humanos em saúde. Enfermeiros; sangue fetal. Células-Tronco.

THE TRAINING OF NURSES AND THE PROCESS OF COLLECTION OF THE UMBILICAL CORD AND PLACENTAL BLOOD: THE CASE OF MATERNITY SCHOOL UFRJ

ABSTRACT: General objective: To analyze the training of nurses for the process of UCB collection, considering specific aspects of the hospital Maternidade Escola/UFRJ as a collection station. Method: The objective of the first phase of the research is to outline the profile of potential placenta and cord blood donors at UFRJ´s Maternidade Escola hospital using the case study methodology. The following stages resorted to the action research methodology, with descriptive data conducted with 20 nurses at the public Hospital Maternidade Escola in Rio de Janeiro. To present the quantitative analysis and treatment data were tabulated in a MS Excel® spreadsheet and analyzed using descriptive statistics. For qualitative objectives it was developed a descriptive analysis of frequency and percentage for each of the items of data collection instruments used. The description of the subjective perception in the questionnaires was also used. Results: Considering the qualification criteria 73.8% (n = 404) were suitable for donation of UCB, while as per the disqualification criteria it was 89% (n = 490). It was indicated that 62.5% (n = 345) of the maternity hospital patients would be able to donate placenta and umbilical cord blood, depending on their consent. Conclusion: UFRJ's Maternidade Escola hospital is suited to be a UCB collection point with a significant advantage: the institution's properly trained nurses can conduct the UCB collections. Nurses' knowledge in the placenta and umbilical cord collection process improved.
KEYWORDS*:* Training of human resources in health. Nurses; Fetal blood. Stem cells.

1 I INTRODUÇÃO

A motivação pelo tema sobre a capacitação dos enfermeiros na coleta de sangue de cordão umbilical surgiu através experiência no campo de prática da assistência obstétrica na Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Em 2010 esta instituição tentou inserir-se junto Instituto Nacional do Câncer (INCA) para ser posto

de coleta de sangue de cordão umbilical e placentário. Na época, alguns enfermeiros iniciaram a capacitação para realização coleta, porém por motivos técnicos administrativos não houve possibilidade dos enfermeiros darem seguimentos a capacitação da coleta do sangue do cordão umbilical e placentário. Esta experiência levou-me a refletir sobre os diversos fatores que interferem na operacionalização da coleta e armazenamento do sangue de cordão umbilical e placentário. Assim, como coordenador do centro obstétrico em 2013, agora com o centro obstétrico mais estruturado, então surgiu o desejo de resgatar novamente a capacitação dos enfermeiros para a coleta do sangue do cordão umbilical e placentário com cunho cientifico através do ingresso no Mestrado Profissional enfermagem assistencial (MPEA).

No início de 80, alguns pesquisadores comprovaram que o sangue de cordão umbilical e placentário (SCUP) continha células progenitoras hematopoiéticas (CPH) em grande quantidade como o da medula óssea, as quais poderiam ser criopreservada e posteriormente descongeladas, sem perder a capacidade de formação de colônias in vitro (RUBINSTEIN, 2006).

O primeiro transplante alogênico de CPH de SCUP foi realizado em 1988 seguido de sua utilização ampla em tratamentos de doenças, sobretudo hematológicas e oncológicas, associada a resultados satisfatórios. Desta forma, o SCUP estabeleceu-se como excelente fonte de CPH e opção à utilização das células provenientes da medula óssea, o que gerou o interesse pelo armazenamento das células nele contidas (RUBINSTEIN; STEVENS,2000).

Nesse contexto, o Transplante de Células-tronco hematopoiéticas (CTH), que tem se desenvolvido, principalmente nos últimos vinte anos, como um importante método no tratamento das doenças hematológicas, oncológicas, hereditárias e imunológicas (BRASIL, 2004). Neste sentido, o Ministério da Ciência e da Tecnologia, o Ministério da Saúde e agências de financiamento têm investido recursos substanciais nas pesquisas com terapia celular, atendendo assim a um dos requisitos para que o país continue se desenvolvendo nesta área (BRASIL, 2004).

O primeiro Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário de caráter público foi fundado em Nova York, em 1992 encorajando o estabelecimento de outros serviços ao redor do mundo. Considera-se este fato forte aliado na busca por doadores compatíveis a pacientes necessitados de um transplante de CPH, particularmente no contexto pediátrico (ORTEGA; STELMATCHUK; CRISTOFF, 2009). Em 2004 foi criada a rede Brasil Cord, estabelecendo uma rede nacional de bancos de SCUP com o objetivo de aumentar as chances de localização de doadores e ampliar o número de bancos de SCUP no país (PEREIRA, 2009). A dificuldade de se encontrarem doadores compatíveis tem estimulado a busca por fontes alternativas de CTH, notadamente o sangue de cordão umbilical e placentário tem sido usados também para suprir essa demanda.

Após a escolha do tema de pesquisa, observou-se a dificuldade para encontrar um doador compatível para os transplantes. Além disso, a falta de inserção das maternidades

públicas como posto de coleta do SCUP e também se observou a escassez de enfermeiros capacitados relacionados ao seu processo de trabalho da coleta SCUP.

Portanto, elegemos como questão norteadora para essa pesquisa: Como os enfermeiros devem ser capacitados para o processo da coleta do SCUP na ME/ UFRJ? Considerando o **Objeto**: a capacitação dos enfermeiros para o processo de coleta do SCUP na Maternidade Escola da UFRJ. Dessa forma, nosso **objetivo geral** foi: analisar a capacitação dos enfermeiros para o processo da coleta SCUP, considerando os aspectos relevantes para a caracterização da Maternidade Escola/UFRJ como posto de coleta. E como **objetivos específicos**: 1- Traçar a caracterização das potenciais doadoras de sangue de cordão e placentário na Maternidade Escola da UFRJ. 2- Descrever a capacitação dos enfermeiros no processo da coleta do sangue de cordão umbilical e placentário na Maternidade Escola da UFRJ. 3 - Avaliar a capacitação dos enfermeiros para o processo da coleta do sangue do cordão umbilical e placentário.

2 | MÉTODOS

Para esta pesquisa a primeira fase o objetivo de **traçar a caracterização das potenciais doadoras de sangue de cordão e placentário na Maternidade Escola da UFRJ** atendeu a metodologia do estudo de caso. As fases seguintes se caracterizaram pela pesquisa-ação. O estudo foi inscrito na Plataforma Brasil e posteriormente encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Maternidade Escola onde cumpriu todos os requisitos solicitados pela instituição, seguindo preceitos estabelecidos na resolução 466/2012. Aprovado com o número do parecer: 722.172 em 18/07/2014. (Anexo A). A pesquisa foi auto financiada e não acarretou qualquer dano aos sujeitos do estudo. Os enfermeiros e as parturientes e as doadoras da CSCUP foram convidados a participar e os que aceitaram, o fizeram de forma voluntária, assinando o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Os participantes da pesquisa foram divididos em 2 grupos, participantes diretos e os indiretos. Os participantes diretos do estudo foram delimitados previamente e foram constituídos por 23 enfermeiros que atuam no centro obstétrico, enfermeiros de contrato temporário ou efetivos da instituição. Os participantes indiretos foram as 87 parturientes doadoras das amostras de SCUP coletadas durante o período das oficinas práticas para a capacitação dos enfermeiros. Como critérios de inclusão consideraram-se todas as parturientes doadoras de SCUP visto que todas atendem aos critérios para doação de SCUP estabelecidos pela RDC n. 56 de dezembro de 2010 (ANVISA, 2010). Foram excluídas as parturientes que apresentaram intercorrências no período expulsivo do parto.

Para os participantes diretos consideram-se os seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro da ME lotados no Centro Obstétrico (CO) independente do vínculo de contração, ter no mínimo de seis meses de atuação no setor, aceitar participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e para os critérios de exclusão

os que não compareceram na primeira oficina teórica da capacitação.

A coleta de dados foi dividida em três etapas desta pesquisa: A primeira etapa foi realizada para atingir o primeiro objetivo específico e foi elaborado um instrumento para traçar a caracterização das potenciais doadoras do sangue do cordão e placentário na Maternidade Escola da UFRJ. Para a segunda e terceira etapas foram elaborados 7 instrumentos atender o segundo e o terceiro objetivos específicos da pesquisa.

Etapas	Instrumentos
Primeira etapa	1º Caracterização das potenciais doadoras do sangue do cordão e placentário na Maternidade Escola da UFRJ
Segunda etapa Oficina Teórica	1º Caracterização socioprofissional dos enfermeiros dos participantes do estudo
	2º Pré-teste
	3º Pós-teste
	4º Avaliação da oficina teórica
Terceira etapa Oficina Prática	1º Caracterização Socioprofissional dos Experts
	2º Roteiro de observação
	3ºAvaliação da oficina prática

Quadro 1 Etapas da produção de dados

Fonte: Elaborado pelo autor (2015)

O primeiro instrumento da primeira etapa de coleta de dados foi elaborado com base no impresso usado pelo INCA na triagem e nas entrevistas para selecionar as possíveis doadoras, através da análise dos prontuários clínicos das pacientes que pariram na instituição no ano 2014. Foi usado um teste piloto do instrumento diretamente nos prontuários das pacientes no setor de revisão de prontuários, sendo analisados dez prontuários, após análise desses dez prontuários o instrumento sofreu alterações, adequando- o às necessidades da pesquisa.

O primeiro instrumento da segunda etapa da pesquisa, instrumento para caracterização socioprofissional dos enfermeiros dos participantes do estudo. Primeiramente foi aplicado a cinco enfermeiros do centro obstétrico como teste piloto, após o teste foi reformulado de acordo com as necessidades identificadas e aplicados em a todos enfermeiros participantes na oficina teórica ocorrida no dia 11 de abril de 2015. O segundo instrumento da segunda etapa, pré-teste que é um conjunto de perguntas feitas aos participantes antes do início do conteúdo da aula expositiva, com a finalidade de determinar o seu nível de conhecimento sobre o conteúdo que foi ministrado e aplicado também no dia 11 de abril de 2015 antes da aula expositiva. O terceiro instrumento da segunda etapa, pós-teste com as mesmas perguntas feitas do pré-teste, através da comparação das questões acertadas foi possível descobrir se o conteúdo foi bem-sucedido em aumentar o conhecimento dos participantes.

Foi aplicado no dia 18/04/2015 após o término da oficina teórica. O quarto instrumento da segunda etapa, avaliação da oficina teórica usando a escala Likert adaptada para a pesquisa, para que os participantes avaliassem a oficina teórica aplicado também em 18 de abril de 2015.

O primeiro instrumento da terceira etapa, instrumento para caracterização socioprofissional dos experts do estudo. Enviado via E-mail 10/08/2015 as experts em coleta SCUP. O segundo instrumento da terceira etapa, roteiro de observação, onde o observador toma parte do funcionamento do grupo estudado e esforça-se para observar e registrar as informações dentro dos contextos de suas experiências relevantes para os participantes. Constituiu de um roteiro de observação da coleta SCUP elaborado e validado por experts para a observação de cada participante durante a realização da coleta do SCUP. É composto de três módulos contemplando as fases da CSCUP, abordando as ações dos participantes. Com os dados colhidos foi realizada uma observação participativa e sua validação foi utilizado a Técnica Delphi[6]. O terceiro instrumento da terceira etapa, instrumento de avaliação da oficina prática usando a escala Likert adaptada para a pesquisa, para que os participantes avaliassem a oficina prática. Para este estudo foi realizado uma análise descritiva de frequência e porcentagem. Foi aplicado no término da oficina prática a todos os participantes.

3 | RESULTADOS

Para traçar a caracterização as potenciais doadoras de sangue de cordão e placentário na Maternidade Escola da UFRJ, primeiramente realizou-se um cálculo amostral para determinar o mínimo de prontuários a serem analisados. Verificou-se que havia um total de 1903 prontuários de partos transpélvicos e de cesarianas para análise, sendo que 1023 de partos eram transpélvicos e 880 eram cesarianas. Realizou-se um cálculo por proporção para cada tipo de procedimento. Utilizou-se do quantitativo acima, além de um nível de confiança de 95%, um erro percentual padrão de 0,05. Para que a amostra fosse significativa, analisou-se 285 prontuários da população de 1023 prontuários de partos transpélvicos, e também analisou-se 265 prontuários para a população de 880 cesarianas. Lembrando que a amostra foi realizada de forma randomizada, ou seja, após numerados os prontuários de partos transpélvicos foram sorteados e da mesma forma para os prontuários de cesariana. Foram analisados 550 prontuários na totalidade.

Para chegar ao objetivo da caracterização perfil das potenciais doadoras do SCUP analisou-se as variáveis de qualificação e desqualificação, seguindo os parâmetros da RDC n. 56 da AVISA 2010, com isso realizamos uma análise descritiva levando em consideração os dois tipos de partos. No critério qualificação, observou-se os aspectos: idade materna; consultas no pré-natal; idade gestacional; tempo de bolsa rota; ausência de doenças que interferem no fluxo sanguíneo.

- Idade Materna: Analisando os dois tipos de parto normal e cesariana, foi realizada a exclusão de 45 casos representando 8% da amostra total. Por tanto na variável idade 92% da pacientes poderiam ser doadoras.
- Consultas no Pré-Natal: Quanto ao número de consultas de Pré-Natal, 99 % pacientes realizaram mais de 02 consultas de pré-natal que segundo RDC nº 56/2010 é o número mínimo de consultas para que a paciente possa ser doação SCUP.
- Idade Gestacional: Retirou-se da amostra de parto normal 19 casos por apresentarem idade gestacional menores que 35 semanas, o que representa 7% da amostra desse parto, já na modalidade parto cesárea houve a exclusão 17 casos da amostra, o que representa 6% da mesma.
- Tempo de Bolsa Rota: Após a análise dos prontuários foi necessário excluir 14 casos do parto normal o que representou 5% da amostra, pois apresentam tempo de rota maior que 18 horas, analisando a amostra de cesarianas foi necessário retirar 12 casos, o que representou 8% da amostra de cesarianas.
- Ausência de Doenças que interferem no Fluxo Sanguíneo: Retirou-se 5 casos da amostra de parto normal, e 24 da amostra de cesarianas, o que representa respectivamente 2% e 9% de cada uma das amostras, no total devem ser excluídos da amostra 29 casos o que representa 5,5% da amostra total de partos.
- Ausência de Anormalidade no Trabalho de Parto: Excluiu-se um caso do grupo de parto normal e um caso do grupo de cesariana, por apresentarem anormalidades durante o trabalho de parto, o que representa 0,4% em cada uma das amostras.

Já os critérios de desqualificação foram: Sofrimento Fetal; Feto com Anormalidade Congênita; Temperatura materna igual ou superior a 38°C durante o trabalho de parto; Gestante com situação de risco acrescido para infecções transmissíveis pelo sangue; Presença de processo infeccioso e ou doença durante o trabalho de parto, que possa(m) interferir na vitalidade placentária; Gestante em uso de hormônios ou drogas que se depositam nos tecidos; Gestante com história pessoal de doença sistêmica autoimune ou de neoplasia; Análise de Gestante e seus familiares, pais biológicos e seus familiares ou irmãos biológicos do recém-nascido com história de doenças hereditárias do sistema hematopoiético e Gestante incluída nos demais critérios de exclusão visando à proteção do receptor, descritos nas normas técnicas vigentes para doação de sangue.

- Sofrimento Fetal: Exclui-se 4 casos da amostra de parto normal, o que representa apenas 1% da amostra e 8 casos da amostra de cesariana, representando assim 3% da amostra.
- Feto com Anormalidade Congênita: Não foi necessário excluir ninguém da amostra de parto normal, porém da amostra de cesarianas tivemos 3 casos de malformação o que representa 1% da amostra de cesárea e também da amostra total 1%.

- Temperatura materna igual ou superior a 38°C durante o trabalho de parto: Foi excluso 1 caso do grupo de parto normal e 1 caso do grupo de cesariana que representou 0,2% da amostra total.
- Gestante com situação de risco acrescido para infecções transmissíveis pelo sangue: Excluiu-se 7 casos do grupo de parto normal e 1 caso do grupo de cesariana, o que representou 2% e 0,4% respectivamente.
- Presença de processo infeccioso e ou doença durante o trabalho de parto, que possa(m) interferir na vitalidade placentária: Houve a necessidade de excluir 5 casos do grupo de parto normal e 24 caso do grupo de cesariana, o que representou 2,0% e 9% respectivamente.
- Gestante em uso de hormônios ou drogas que se depositam nos tecidos: Não foi necessário excluir ninguém da amostra de parto normal, porém da amostra de cesarianas temos 8 casos de malformação o que representa 3% da amostra de cesárea e no total deve-se excluir 8 que corresponde a 3% do total.
- Gestante com história pessoal de doença sistêmica autoimune ou de neoplasia: Não houve exclusão.
- Gestante e seus familiares, pais biológicos e seus familiares ou irmãos biológicos do recém-nascido com história de doenças hereditárias do sistema hematopoiético: Não houve exclusão.
- Gestante incluída nos demais critérios de exclusão visando à proteção do receptor, descritos nas normas técnicas vigentes para doação de sangue: Foi necessário excluir 1 paciente da amostra de parto normal, porém da amostra de cesarianas temos 3 casos de o que representa 1% da amostra de cesárea e no total deve-se excluir 4 que corresponde a 1% do total.

Agora descreveremos aspectos da capacitação dos enfermeiros no processo da coleta do sangue de cordão umbilical e placentário na Maternidade Escola da UFRJ**.** Com relação ao tempo de formação profissional, 19 (82,60%) enfermeiro encontram-se na faixa de 1 - 5 anos de formação na graduação, 02 (8,70%) estão entre 06 e 10 anos, 01 (4,35%) entre 11 - 15 anos, nenhum na entre 16 - 20 anos, 01 (4,35%) entre 21 - 25 anos de formação, caracterizando pouco tempo de formado na profissão, este dado é confirmado quando observamos o tempo de formação profissional, onde a grande maioria dos participantes tem até 05 anos de formado. Com relação ao tempo de atuação na instituição os dados identificam que: 19 (82,60%) dos participantes trabalham na instituição entre 1 a 5 anos, (8,70%) 2 entre 6 a 10 anos, nenhum dos participantes entre 16 a 20 anos e 1 (4,35%) enfermeiros entre 21 a 25 anos. Quanto a participação em eventos relacionado a saúde perinatal nos últimos 5 anos, 16 (69,56%) dos participantes participaram de pelo menos 1 evento ligado a saúde perinatal e 7 (30,44%) dos participantes não participaram de nenhum eventos ligado a saúde perinatal.

Os dados revelaram que todas experts são do sexo feminino com a média da idade

de 40 anos e 8 meses. O tempo de formação variou de 9 a 29 anos, em relação a atuação como enfermeiro coletador de SCUP todas desenvolvem suas atividades na coleta do SCUP bancos públicos. Já quanto a titulação 04 são mestres e 01 especialista. O tempo de formação variando de 09 a 29 anos. Em relação ao tipo de vínculo 04 são servidores públicos e 01 CLT.

Foram realizadas no processo de capacitação duas oficinas uma teórica e outra prática. Sobre a avaliação da Oficina Teórica, observou-se que para o conteúdo da oficina n= 22 (95,7%) concordou totalmente, para a importância da oficina n= 23 (100%) concordou totalmente, para a contribuição da oficina n=21 (91,3%) concordou totalmente, para a qualidade do material n=20 (87%) concordou totalmente e para a adequação da carga horária n=21 (91,3%) concordou totalmente.

Em relação à avaliação das oficinas práticas foram avaliados os seguintes itens neste módulo: a montagem do material para CSCUP; colocação da placenta no suporte apropriado, com face fetal para baixo e cordão através de fenestra; antissepsia do cordão com álcool e depois com clorexidina alcóolica 0,5% 3x da região distal p/ proximal; troca das luvas estéreis entre as etapas de recebimento da placenta, antissepsia e punção; punção do cordão com agulha própria da bolsa; fechamento das travas das bolsa e das agulhas com o protetor; coleta das amostras sanguíneas, etiquetagem da bolsa de coleta, amostra materna, histórico clínico e TCLE com etiqueta código de barras; preenchimento da ficha de transporte e etiquetagem acondicionamento da unidade e amostra em saco plástico, acondicionamento da unidade em maleta térmica para transporte, descarte apropriado do material utilizado CSCUP.

Sobre a motivação para a oficina, as respostas enfatizaram tanto em novo campo de trabalho 12 (60 %) abrindo novas portas, tanto para salvar vidas 3 (15%) e tanto quanto para adquirir novos conhecimentos 3 (10%). Com relação a expectativa na coleta SCUP, predomina-se a ansiedade com relação a não realização da técnica adequadamente que teve 14 (70%) seguido de desafio pessoal com 3 (15%) e também a autonomia profissional do enfermeiro que coleta SCUP com 3 (15%). Ao analisarmos a variável, você se sente apto para realizar a triagem e captação das gestantes 80% dos participantes concordaram totalmente e 20% concordaram. Quando a variável, você se sente seguro para realizar a CSCUP após oficina prática 75% concordam totalmente, 20% concordam e 5% nem concordaram nem discordaram. Para o item a oficina atendeu as suas expectativas, 90% dos participantes concordaram totalmente e 10% concordaram. Nem concordaram nem discordaram 10%, discordaram 10%. Para finalizar a estratégia utilizada na prática atualizada, informativa, útil 95% dos participantes concordaram totalmente e 5% concordaram.

4 I DISCUSSÃO

Segundo a RDC n. 56 de 16 de dezembro de 2010, os dados obtidos que se referem à idade, demonstram que a idade mínima é 18 anos, não havendo idade máxima. Analisando os dois tipos de parto como um todo, a variável idade, 92% (n=505) das pacientes poderiam ser prováveis doadoras. Quanto ao número de consultas de Pré-Natal, 99 % (n=542) das pacientes realizaram mais de 2 consultas de pré-natal, que de acordo com o RDC n. 56 de 16 dezembro de 2010 (ANVISA, 2010) é o número mínimo de consultas para que a paciente possa realizar a doação de SCUP. O Ministério da Saúde afirma que a atenção pré-natal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, de fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco (FARO, 1997).

Após a análise referente ao tempo de bolsa rota, 95% (n=520) do total dos prontuários analisados as pacientes poderiam ser de prováveis doadoras do SCUP. A bolsa rota (rotura prematura das membranas ovulares), segundo Montenegro, Rezende Filho (2008) é um dos maiores dilemas da assistência obstétrica, e suas principais complicações são a infecção materno-fetal e a prematuridade. Por isto, visando à proteção do receptor a coleta do SCUP não deve ser realizada após o rompimento de bolsa superior a 18 horas, descritos nas normas técnicas vigentes para doação de SCUP (MONTENEGRO; REZENDE-FILHO, 2008).

No total, 93% (n=508) das pacientes possuem idade gestacional (IG) maior que 35 semanas. A RDC n. 56/2010 relata que gestantes a partir dessa IG podem doar o SCUP. Em estudo comparativo com recém-natos prematuros e a termo, a idade gestacional pode interferir na viabilidade celular e no volume de SCUP coletado (BRASIL, 2010). Apesar disso, a capacidade proliferativa das CTH em SCUP de crianças prematuras, em que a prematuridade está associada a alguma anormalidade do feto, impossibilitaria o uso da amostra de SCUP (BRASIL, 2010).

Na análise, na ausência de doenças que interferem no fluxo sanguíneo placentário, 95% (n= 520) estão aptas para a doação, considerando-se o perfil da unidade, que é de baixo e médio risco para gestantes com hipertensão arterial e diabetes[9]. A Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia relata, no manual de orientação hipertensão na gravidez, que o feto da gestante hipertensa tem elevado risco de ter sua vitalidade comprometida durante a evolução da gestação. A principal consequência à saúde do feto é a perda progressiva da função vascular placentária, resultando, assim, em uma baixa perfusão do órgão[9]. A lesão placentária mais frequente na gestação da hipertensa é a obliteração dos vasos de vilos terciários, e, em alguns casos, a vasoconstrição funcional. Deste modo, a coleta do SCUP de ser avaliada por meio do dopler placentário, exame que

identifica se há alteração do fluxo placentário para o feto (BRASIL, 2010)[9].

Segundo a RDC n. 56 de 16 de dezembro 2010, parágrafo único, os resultados laboratoriais anormais devem ser reportados ao respectivo doador, com o devido encaminhamento a um serviço de assistência especializado, para que sejam tomadas as medidas cabíveis (ANVISA, 2010). O uso de CPH em transplante alogênico-aparentado ou autólogo, que não preencha integralmente os critérios de qualificação, exige uma avaliação considerando a relação risco/benefício do procedimento, em decisão conjunta entre a equipe médica do serviço onde serão feitas a coleta e o transplante, e o receptor ou seus responsáveis legais (ANVISA, 2010). Devem ser seguidos os requisitos de qualidade e segurança, dispostos neste regulamento, bem como em demais normas específicas vigentes, incluindo, no mínimo: testes sorológicos de alta sensibilidade para detecção de marcadores para infecções transmissíveis pelo sangue.

Considerando os critérios de qualificação 73,8% (n=404) estariam aptas para a doação do SCUP, enquanto que nos critérios de desqualificação 89% (n=490) estariam aptas. De acordo com o estabelecido da resolução vigente, considerando os critérios de qualificação e desqualificação. Pode-se concluir que 62,5% (n=345) das pacientes da maternidade-escola estariam aptas para a doação do sangue do cordão umbilical e placentário (SCUP).

Sobre a capacitação dos Enfermeiros para a coleta SCUP, verificou-se que dados anteriores revelam que o tempo de atuação profissional é compatível com o tempo de atuação na instituição, isto pode estar relacionado ao longo período em que não foram realizados concursos com admissão na instituição ou grande rotatividade dos enfermeiros com contrato temporário. Estudos afirmam que há acúmulo de trabalhos por parte da profissão. Quanto ao número de vínculos empregatícios, nesta caracterização foi inferior aquele apresentada pelo autor em sua pesquisa. Isto pode se dar pela presença de pouco tempo de formação dos participantes.

Os participantes são todas do sexo feminino, sendo que estão entre 20 a 30 anos de idade, caracterizando uma equipe, relativamente, com média faixa etária, este dado é confirmado quando observamos o tempo de formação na graduação, onde a maioria dos participantes tem entre 9 a 29 anos de formado. O perfil socioprofissional dos experts é similar ao perfil socioprofissional dos participantes encontrado nessa pesquisa, revelando o percentual de 100% dos enfermeiros serem do sexo feminino. O que confirma que a história da condição feminina passa pela feminização e a feminilização de algumas profissões em detrimento de outras (GOMES, PRANKE, 2008). Outro fato importante é a participação efetiva dos enfermeiros através de serviço público, fato que opõe ao perfil socioprofissional dos enfermeiros participantes da pesquisa que a maioria é sem vínculo estatutário. Além disso, a grande maioria dos experts são mestres na área da enfermagem.

A oficina teórica teve um efeito positivo e significativo no aprendizado dos participantes da pesquisa. O menor percentual no pós-teste ocorreu na questão nº 06 que

foi de 73,91% devido ser a questão de maior grau de dificuldade do teste e ser discursiva. A Resolução 304/2005 de 2010 é de suma importância para a categoria porque esta resolução normatiza a atuação do enfermeiro na coleta de sangue do cordão umbilical e placentário. Para atuação nesta atividade, o enfermeiro deverá estar **devidamente capacitado** através de treinamentos específicos (COFEN, 2005). O enfermeiro que realiza a CSCUP teve ter o conceito básicos sobre os transplantes dos SCUP. O emprego alogênico ocorre quando as células provêm do SCUP de outro indivíduo. Em situações em que receptor e doador são consanguíneos, o transplante é denominado alogênico aparentado. De acordo com Souza, a maioria dos transplantes efetuados com células de SCUP são de origem alogênica (SOUZA; ELIAS, 2005). A utilização em seguimento destes instrumentos reforça a importância do treinamento contínuo dado o objeto de estudo e, estender a afirmação para especificar e aprofundar os aspectos operacionais e teóricos da CSCUP são pertinentes ao aprendizado, e a relevância na utilização pré e pós-teste no trabalho desenvolvido com os enfermeiros da ME/URFJ (FARAH, 2006).

A avaliação da oficina teórica foi estruturado em 4 domínios: conceitual contendo 5 variáveis, avaliação dos instrutores contendo 5 variáveis, avaliação do serviço de apoio com 3 variáveis e auto aproveitamento com 2 variáveis.

No domínio conceitual, destaca-se a variável a importância da oficina para aquisição de novos conhecimentos na sua área de atuação onde houve unanimidade e efeito positivo e significativo no aprendizado entre os participantes. A segunda melhor avaliação foi a variável conteúdo da oficina com 94,7% reforçando que a oficina teórica foi bem elaborado e que contribuiu para aquisição de novos conhecimentos para os participantes. A menor avaliação foi a variável qualidade do material didático utilizado, reitero que a pesquisa não houve financiamento e que todo o custeio da pesquisa foi financiada pelo pesquisador. Como sugestão, os participantes sugeriram que na oficina teórica poderia ter um manequim do cordão umbilical, vez que a instituição já tem este manequim.

Na avaliação das oficinas práticas, os participantes obtiveram 20% de inadequações na primeira coleta seguido de 5% na segunda coleta e não houve inadequação na terceira coleta. A RDC 056/2010 regulamenta que para viabilizar a coleta e o armazenamento é necessário atender alguns critérios obstétricos e obedecer certos procedimentos durante o parto e imediatamente após o delivramento da placenta (ANVISA, 2010). Faz-se necessário que o profissional ao realizar a triagem e captação das doadoras tenha bem esclarecidos quais são os critérios de qualificação e desqualificação de acordo com a RDC 056/2010[7]. Neste sentido, os principais motivos que impedem a coleta do material do cordão umbilical, identificados durante a triagem, são a presença de doenças sexualmente transmissíveis, febre materna durante o parto, medicamentos administrados na doadora, doença materna, complicações durante o parto, presença de infecções ou problemas com a placenta e cordão umbilical (MESTRE, *et al*. 2010).

5 I CONCLUSÃO

Frente às informações trazidas por meio da análise da revisão dos prontuários, um dos objetivos específicos desta pesquisa que foi traçar a caracterização das potenciais doadoras de sangue de cordão e placentário na Maternidade Escola da UFRJ, que visa ser posto de coleta do SCUP para obtenção de células-tronco, levando em consideração os critérios de qualificação e desqualificação da RDC n. 56 da ANVISA, de dezembro de 2010. De acordo com o estabelecido na resolução vigente, concluiu-se que 62,5% (n=345) das pacientes da maternidade-escola estariam aptas para a doação do sangue do cordão umbilical e placentário (SCUP). Portanto, demonstrou-se que a instituição tem aptidão para ser posto de CSCUP com um grande diferencial onde os próprios enfermeiros da instituição poderão realizar a coleta, proporcionados um aumento de cerca de 30% nas coletas total de bolsas na cidade do Rio de Janeiro.

Ao descrever o método de capacitação da coleta SCUP, assim como a caracterização dos enfermeiros, da unidade e o seu cenário de atuação, a pesquisa propiciou confrontar teoria e prática de forma a expor os acertos e dificuldades encontradas. Se por um lado as dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros no seu cotidiano na ME/UFRJ que são comuns também em outras instituições de saúde, em contrapartida o envolvimento particular dos profissionais criaram condições favoráveis para a capacitação da coleta SCUP. A contribuição de cada participante direto e indireto possibilitou, através de análises estatísticas, sinalizar correções no próprio modelo de capacitação proposto, visto não só como um processo de aquisição de conhecimentos aplicáveis, mas, principalmente, como um instrumento e meio de replicação em outras instituições para a coleta do SCUP.

A pesquisa aponta que a elaboração do programa de educação de capacitação para a coleta SCUP pode contribuir para que as outras maternidades públicas com perfil de posto de coleta também possam usar este programa para capacitar os enfermeiros no processo de CSCUP. Assim, o programa de educação de capacitação dos enfermeiros para a coleta SCUP foi desenvolvida e avaliada na ME, a validação a longo prazo que será a proposta para futuros estudos, quando aplicada em outros momentos e cenários. Entretanto, o resultado, aprovado pelo INCA validou a capacitação e o programa. A capacitação dos enfermeiros para o processo da coleta de SCUP estruturada nesta pesquisa surge como uma ferramenta gerencial de importante utilidade para a atuação do enfermeiro na CSCUP, buscando aprimoramento na sua prática para a obtenção SCUP e também contribuindo para o suprimento dos BPSCUP, visando a disponibilizar um número maior de doadoras compatíveis. Assim, podemos afirmar que o enfermeiro ao realizar a coleta SCUP, coleta esperanças de vidas em vários usuários do SUS.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Resolução n. 56, de 16 de dezembro de 2010**. Dispõe sobre o Regulamento técnico para o funcionamento dos laboratórios de processamento de células progenitoras hematopoiéticas (CPH) provenientes de medula óssea e sangue periférico e bancos de sangue de cordão umbilical e placentário, para finalidade de transplante convencional e dá outras providências.. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/c8272000474597529fcadf3fbc4c6735/RDC_n%C2%BA_56.pdf?MOD=AJPERES. Acesso em: 05 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.381 de 29 de setembro de 2004**. Cria a Rede Nacional de Bancos de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário para Transplantes de Células-Tronco Hematopoiéticas (BrasilCord), e dá outras providências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2381_29_10_2004.html. Acesso em: 25 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. **Resolução COFEN n. 304 22 de julho de 2005**.Normatização da atuação do enfermeiro na coleta de sangue de cordão umbilical e placentário. Disponível em: <http://www.coren-df.org.br/site/materias.asp?Articles ID=808. Acesso em: 2014 fev. 15.

FARAH, B. F. **A educação permanente no processo de organização do serviço de saúde**: as repercussões do curso introdutório para as equipes de saúde da família – experiência do município de Juiz de Fora, MG. Tese (Doutorando em) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro 2006.

FARO, A. C. M. **Técnica Delphi na validação das intervenções de enfermagem.** Rev. Esc. Enferm. USP. v. 31, n. 2, p. 259-273, 1997. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v31n2/v31n2a08.pdf. Acesso em: 10 jul. 2012.

GOMES, T. L.; PRANKE, P. **Comparação entre as células-tronco de sangue de cordão umbilical de neonatos prematuros e nascidos a termo: uma revisão**. **RBAC**, v. 40, n. 1, p. 25-30, 2008.

MESTRE, M. L. M. *et al*. **Fontes de células no transplante de células-tronco hematopoiéticas**. Rev b Análises clínicas., v. 42, n. 1, p. 3-7, 2010. Disponível em: http://www.sbac.org.br/rbac/018/262.pdf. Acesso em: 20 agost.2015.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO J. **Obstetrícia fundamental**. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2008.

ORTEGA, E. T. T.; STELMATCHUK, A. M.; CRISTOFF, C. Assistência de enfermagem no transplante de células-tronco hematopoiéticas. In: VOLTARELLI, J. C.; PASQUINI, R.; ORTEGA, E. T;. T (ed.). **Transplante de células-tronco hematopoiética**. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 1031-98.

PEREIRA, L. V. **Células tronco: promessas e realidades da terapia celular**. Cad. hist. ciênc. v. 5, n. 2, p. 49-56, 2009. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-76342009000200005&lng=pt. Acesso em: 27 nov. 2015.

RUBINSTEIN, P.; STEVENS, C.E. Placental blood for bone marrow replacement: the New York Blood Center's program and clinical results. **Baillieres Best Pract Res Clin Haematol**. v.13, n. 4, p. 565-584, 2000.

RUBINSTEIN, P. Why Cord Blood? **Hum Immunol**., v. 67, n. 6, p. 398-404, 2006.

SOUZA, M. H. L.; ELIAS, D. O. As células tronco e o seu potencial de reparação de órgãos e tecidos. *In*: CENTRO DE ESTUDOS ALFA RIO. **Manual de instrução programada**: princípios de hematologia e hemoterapia. 2 ed. Rio de Janeiro: Perfusion Line, 2005. p.1-14. Disponível em: http://estacio.webaula.com.br/Biblioteca/Acervo/Basico/DIS013/Biblioteca_35129/C%C3%A9lulas%20Tronco.pdf. Acesso em: 21 mar. 2014.

CAPÍTULO 15

PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO E DOAÇÃO DE LEITE HUMANO NO CENÁRIO DA PANDEMIA COVID-19

Data de aceite: 01/08/2021

Data da submissão: 05/07/2021

Anelize Coelho de Azevedo
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, Residente de Enfermagem Saúde da Família
Rio de Janeiro – RJ
https://orcid.org/0000-0003-2109-7959

Lívia de Souza Câmara
Gerente da área técnica de Saúde da Mulher, Secretaria Municipal de Saúde – SMS RJ
Rio de Janeiro - RJ
https://orcid.org/0000-0001-6848-3852

Patrícia Lima Pereira Peres
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, Faculdade de Enfermagem, Docente do Departamento de Enfermagem Materno-infantil
Rio de Janeiro - RJ
https://orcid.org/0000-0001-7086-8970

Caroline Mota de Jesus
Universidade Federal Fluminense – UFF, Enfermeira no Hospital Universitário Antônio Pedro
Rio de Janeiro - RJ
https://orcid.org/0000-0002-7643-8207

Sheila Nascimento Pereira de Farias
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Escola de Enfermagem Anna Nery,Departamento de Enfermagem em Saúde Pública
Rio de Janeiro - RJ
https://orcid.org/0000-0001-5752-265X

Eloá Carneiro Carvalho
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, Faculdade de Enfermagem, Departamento de Enfermagem em Saúde Pública
Rio de Janeiro - RJ
https://orcid.org/0000-0002-1099-370X

RESUMO: Objetivo: Relatar a experiência prática de uma enfermeira ao desenvolver ações para melhorar a promoção do aleitamento materno e a doação de leite humano no contexto da atenção básica, num cenário de pandemia Covid-19. Método: relato de experiência a partir da vivência prática de construção de um projeto de intervenção, onde optou-se por refletir sobre como promover o aleitamento materno e a doação de leite humano excedente, no contexto da atenção básica, num cenário de pandemia Covid-19.Resultados:Com base nos relatos das experiências emergiram três áreas temáticas;Atenção à saúde materno-infantil na Estratégia Saúde da Família (ESF);Aprática da promoção do aleitamento materno, e, Divulgação do espaço da Sala de Aleitamento Materno e Doação de Leite Humano.Conclusão e implicações para a prática:Este estudo traz como contribuição a ampliação da discussão dentro da unidade sobre estratégias de atenção à saúde da mulher e criança se manter de qualidade mesmo num contexto de pandemia. Além de estimular novos estudos sobre a importância dos pontos de acesso de recebimento de leite na AB e seus atributos na promoção ao aleitamento materno e doação de leite humano ordenhado aos recém-

nascidos internados.
PALAVRAS - CHAVE: Aleitamento Materno; Bancos de Leite; Enfermeira; Estratégia Saúde da Família; Leite Humano.

PROMOTION OF BREASTFEEDING AND HUMAN MILK DONATION IN THE COVID-19 PANDEMIC SCENARIO

ABSTRACT :Objective: to report the practical experience of a nurse when develop ingactions to improve the promotion of breast feeding and the donation of breast milk in the context of primary care, in a scenario of the Covid-19 pandemic. Method: report of experience of the practice. experience of building an intervention project, where it was decided to reflect on how to promote breast feeding and the donation of surplusbreast milk, in the context of primarycare, in a Covid-19 pandemic scenario. Results: Based on the reports of the experiences, three the maticareasemerged; Attentionto maternal and childhealth in the Family Health Strategy (ESF); Practice of breast feeding promotion, and, Dissemination of thespace for the Breastfeeding Room and Human Milk Donation.Conclusion and implications for practice: This study contributes to the expansion of the discussion with in the unit on health care strategies for women and children to main ta in quality even in a naive context. In additionto stimulating new studies on the importance of access points for the reception of milk in BA and its attributes in the promotion of breast feeding and the donation of breast milk to hospitalized newborns.
KEYWORDS: Breast-feeding; Humanmilk; Nurse; Family healthstrategy; Milk Banks.

INTRODUÇÃO

O pré-natal na Atenção Básica e o acompanhamento integral à criança e família se mostram potencializadores no processo de promoção ao aleitamento materno. No que se refere à diminuição da mortalidade neonatal, o aleitamento materno se apresenta como componente essencial e também está ligado à prevenção de doenças na fase adulta (BRASIL, 2015).

As iniciativas Hospital Amigo da Criança (IHAC) pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef),a Estratégia Amamenta Alimenta Brasil (EAAB) do Ministério da Saúde (MS)e Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM), da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES),todas pautadas nos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, configuram-se como ações estratégicas que compõem o Eixo II da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) nos cenários hospitalar e da atenção básica, e tem como foco a qualificação profissional para as boas práticas promotoras, protetoras e apoiadoras do aleitamento materno e aspráticas educativas junto à gestantes e nutrizes. Os profissionais são capacitados para orientar essas mulheres sobre os benefícios da amamentação, lactação, seus domínios e estímulos para produção de leite materno, sobre os riscos da introdução de bicos, chupetas e mamadeiras, bem como, a introdução de fórmulas lácteas

e outros leites e a importância de se construir uma rede de apoio para mãe-bebê e corrigir de forma preventiva os problemas mamários (SILVA et., al 2017; FRIAS et al., 2019).

Megda et al. (2017) e Santos et al. (2018), corroboram que é fundamental modificar a perspectiva dos profissionais que atuam na Atenção Básica,no que se refere à disseminação de informações sobre a doação de Leite Humano (LH), principalmente no período do pré-natal, resultando namaior captação dedoadoras e manutenção de um estoquepara a alimentação dos recém-nascidos pré-termos hospitalizados. No bojo dos temas que devem ser abordados nas práticas educativas das unidades básicas, sejam elas individuais ou coletivas, estão a orientação sobre a importância da doação do leite excedente aos bancos de leite, o benefício que traz essa atitude e como essa doação não interfere na oferta de leite para seu próprio filho. Este estimulo por parte dos profissionais da atenção básica, fornecendo orientações sobre doação,tem início nagestação e deve perdurar enquanto a amamentação for mantida.

A recomendação da OMS, UNICEF e do MS é que todos os bebês sejam amamentados até dois anos ou mais, sendo exclusivo até os seis meses. A partir desse momento deve ser introduzido alimentos sólidos ou semissólidos em qualidade e variedade (Brasil, 2015).

À luz das evidências científicas e epidemiológicas diversos benefícios associados ao leite humano e à amamentação são apresentados para a saúde da mulher e da criança com impacto na vida adulta como hipertensão, diabetes e obesidade. Bebês amamentados têm maior performance no coeficiente de inteligência, menor incidência de infecções respiratórias e do trato gastrointestinal, os nutrientes presentes no leite humano favorecem o crescimento e o desenvolvimento saudáveis.Em relação à utilização de leite de BLH em prematuros há uma evidente vantagem sobre o uso de fórmulas lácteas e seu uso (leite pasteurizado) ou o leite da própria mãe têm sido apontados como fatores da redução da morbimortalidade em prematuros. Além disso, a amamentação fortalece o vínculo mãe e filho, contribuindo assim, para o desenvolvimento afetivo e cognitivo da criança (VICTORA et al., 2016; SILVA et al., 2018; SANTOS, 2019; MATTAR; GUILHERME, 2019).

Além do exposto, Megda et al.,(2017); Mendes e Figueiras (2016) relacionam o maior risco de enterocolitenecrosante em recém-nascidos (RN) prematuros e de baixo peso que estão em uso de fórmulas, ao serem comparados à ingestão de leite humano doado, apontando que não há evidências a longo prazo sobre o uso de fórmulas ser favorável ao crescimento destes recém-nascidos.

Em contraposição a todos os benefícios advindos do aleitamento materno expostos acima, enfrentamos no ano de 2020 a Pandemia do Novo Coronavírus (SARS-CoV-2), evento que desafia, modifica a dinâmicados Sistemas de Saúde e restringe a capacidade dos Serviços de Saúde em atender as necessidades da população, incluindo ações de promoção e manejo do aleitamento materno, evidenciando a necessidade a adoção de ferramentas que mantenham e intensifiquem açõesque, ao mesmo tempo, não contribuam

com a disseminação da COVID-19.

Diante de todo o exposto acima, e a partir da vivência prática de construção de um projeto de intervenção numa Clínica da Família, situada num bairro da zona norte do Município do Rio de Janeiro,tornou-se necessário escrever esse relato, paradividir com a comunidade acadêmica e com os profissionais da Rede de Atenção à Saúde, as reflexões oriundas dessa experiência. Destaca-se que esse relato apresenta uma experiência exitosa da enfermagemno âmbito da Estratégia de Saúde da Família, contribuindo para o aprimoramento do cuidado no contexto da pandemia do novo coronavírus no ano de 2020.

Objetiva-se, portanto,relatar a experiência prática de uma enfermeira ao desenvolver ações para melhorar a promoção doaleitamento materno e a doação de leite humano excedente no contexto da atenção básica, num cenário de pandemia Covid-19.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência a partir da vivência prática de construção de um projeto de intervenção, onde optou-se por refletir sobre como promover o aleitamento materno e a doação de leite humano excedente, no contexto da atenção básica, num cenário de pandemia Covid-19.

O relato de experiência é uma forma de produção do conhecimento no campo da pesquisa qualitativa, cuja concepção é por meio da memória, em que o sujeito cognitivo envolvido é afetado e elabora seus direcionamentos de pesquisa podendo apresentar algumas das suas compreensões a respeito do que foi vivido (DALTRO; FARIA, 2019).

O plano de intervenção que foi baseado no Planejamento Estratégico Situacional, através de atividades realizadas em cada momento do planejamento e que tem como objetivo:

> [...] articular ação, intervenção e pesquisa, teoria e prática, a referida proposta foi debatida, modificada, aplicada, debatida novamente, reelaborada, enfim, gerou algumas análises reveladoras sobre o modo de organizar, gerir, intervir e pensar o cuidado(PEZZATO; L'ABBATE, P.396).

Segundo as autoridades sanitárias não deve haver prejuízo à assistência à gestante e à puérpera durante a pandemia, mantendo nas unidades de saúde os atendimentos de pré-natal e consultas puerperais. Deve-se, por outro lado, evitar aglomerações, e utilizar um ambiente distante dos locais destinados ao atendimento de sintomáticos respiratórios. Durante as atividades desempenhadas que compuseram este relato de experiência, foram adotadas todas as precauções referentes à prevenção da disseminação do novo coronavírus.

A partir do relato foram selecionadas as seguintes temáticas norteadoras:A)Aatenção à saúde materno-infantil na Estratégia Saúde da Família (ESF);B) Aprática da promoção do aleitamento materno, e, C)Divulgação do espaço da Sala de Aleitamento Materno e

Doação de Leite Humano.Optou-se por descrever a trajetória de construção do plano de intervenção antes de apresentar os resultados da experiência.

Essa construção sedesenvolveu em quatro momentos, a saber: no primeiro momento foi necessário realizar um diagnóstico situacional do território, no qual foi escolhido um problema a ser investigado. No segundo momento, traçou-se o objetivo para intervenção pretendida. No terceiro momento, buscou-se elaborar ações a serem desenvolvidas, assim como analisar a viabilidade dessas ações e as possíveis dificuldades encontradas. E finalmente, foram delimitadas as ações que foram realizadas.

O cenário de intervenção foi uma Clínica da Família no Município do Rio de Janeiro. Trata-sede uma unidade inserida no território no ano de 2014, possui cerca de 10.720 usuários cadastrados, três equipes de Saúde da Família, seis Residentes de Enfermagem e quatro grupos educativos fixos na unidade. Conta também com uma sala de aleitamento materno e doação de leite humano equipada com uma cadeira de amamentação, um freezer para armazenamento de leite humano e material para coleta e armazenamento de leite humano.

Cabe ressaltar, que este diagnóstico situacional ocorreu durante os primeiros meses do ano de 2020 e a prática assistencial desenvolvida na unidade foi impactada pela pandemia do novo Coronavírus no Brasil. Fato que exigiu a implantação emergencial de medidas de saúde pública para a prevenção de novos casos, tais como o isolamento social, a quarentena na comunidade, o diagnóstico oportuno e a adesão criteriosa a precauções universais nos ambientes de saúde.Com isso, se tornou de vital importância refletir sobre questões de acesso em unidades de saúde da atenção primária, onde o usuário e família possuem vínculo com a unidade e equipes.

Além disso, é importante salientar que este estudo dispensa submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, com base no artigo 1,parágrafo único, VII da resolução 510 de 07 de abril de 2016, por tratar-se de um estudo que não utiliza informações que coloquem outros sujeitos em risco, apenas utilizando as memórias e reflexões do autor como base e fundamentos da teoria já conhecida.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DA EXPERIÊNCIA

Com base nos relatos das experiências vivenciadas emergiram três áreas temáticas, a serem discutidas a seguir.

A) A atenção à saúde materno-infantil na Estratégia Saúde da Família (ESF)

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como base a atenção à saúde materno-infantil dentro dos ciclos de vida, a partir da assistência a gestante, puérpera e criança durante a gravidez e desenvolvimento da criança. E a promoção, proteção e apoio à pratica do aleitamento materno como estratégia de aumento da saúde da mulher e bebê, sendo na

ESF o melhor ambiente para que esta prática seja efetivada. Segundo Silva et al.,(2020), nesse espaço é possível programar ações de promoção durante o pré-natal, incentivando a amamentação, no puerpério identificando o êxito destas ações sobre o aleitamento maternoe as dificuldades que devem sofrer algum tipo de intervenção pela equipe e, sobretudo, ao longo da puericultura, período de acompanhamento da criança até os dois anos, com apoio continuo para a adesão e o sucesso contínuo dessa prática.

Para Barros, Almeida e Rabuffette (2018), o apoio ao aleitamento materno promovido pelo profissional de saúde é de extrema importância na vida da criança, pelo seu impacto na morbimortalidade e na melhoria da qualidade de vida da infância à fase adulta, além disso, o aleitamento é "uma intervenção poderosa para a saúde e o desenvolvimento que beneficia tanto crianças quanto mulheres (ROLLINS et al.,2017, p. 28)."

Durante o pré-natal, é possível detectar nas gestantes a vontade de amamentar, e assim, deve-se encorajá-la para o aleitamento materno, além de reconhecer nos familiares e cuidadores uma fonte de apoio a esta mulher e seu recém-nascido, de acordo com a realidade de cada família e sua organização interna, para que seja possível a orientação da equipe de saúde de forma adequada. Desta forma, é necessário que os profissionais estejam inseridos no território e atentos à realidade dessas família (BRASIL, 2016).

De acordo com Pellegrine et al.,(2014) a inserção da mulher no mercado de trabalho associada ao início da produção de leite em pó em 1940 no Brasil, juntamente com a divulgação em larga escala de leites artificiais e a rotina das maternidades que não favorece a amamentaçãona primeira hora de vida do recém-nascido, são fatores que influenciam na redução do aleitamento materno.

A introdução de água, chás e outros leites estimulam o desmame precoce e está relacionada ao crescimento da morbimortalidade infantil. O uso de chupetas e mamadeiras, também pode trazer riscos para a continuidade da amamentação, porque gera "confusão de bicos" e ainda pode comprometer a produção de leite, já que a amamentação passa a ser menos frequente(BRASIL, 2016).

O Ministério da Saúde (2016), salienta que existem outras condições que causam insegurança na mulher em manter o aleitamento exclusivo, como o término da licença maternidade. Cabe ao profissional de saúde incentivar a nutriz a manter a amamentação através da ordenha e armazenamento do leite mesmo depois de seu retorno ao trabalho.

Nesse contexto, Coutinho et al., (2019) corrobora que a ordenha do leite se torna importante para as nutrizes, pois, proporciona o alívio ao desconforto provocado por uma mama muito cheia. Ademais, auxilia no processo de lactação, porque aumenta a produção de leite, mesmo quando o bebê não suga ou tem sucção inadequada o leite excedente pode ser doado ao Banco de Leite Humano ou ofertado à criança na ausência da mãe. Podendo ser realizada manualmente ou com o auxílio de bombas de extração de leite. Ressalta-se que atitudes como o uso da técnica correta da ordenha, mãe relaxadae pensando no bebê durante este procedimento ajudam na retirada do leite.

Os Bancos de leite Humano (BLH) constituem um elemento estratégico para contribuir com a redução da morbidade e mortalidade infantil, com ênfase no componente neonatal. Suas ações em rede têm como objetivo a promoção, a proteção e o apoio ao aleitamento materno, além da coleta, processamento, controle de qualidade e distribuição do leite humano pasteurizado para bebês prematuros, de baixo peso ou hospitalizados em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH-BR), enfatiza a garantia do estabelecimento da maior comunicação entre os BLHs, a partir da interlocução do seu centro de referência nacional com os centros de referência estaduais (CRE), suas comissões técnicas e os BLH locais(BARROS; ALMEIDA; RABUFFETTE, 2018).

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 171 da ANVISA de (2006)a, dispõe sobre o funcionamento dos Bancos de leite, traz como definição de doadora de leite humano a nutriz saudável que apresenta secreção lática superior às exigências de seu filho, realiza a ordenha e doa o leite excedente para manejo da lactação ou nutrição de seu bebê.

Além disso, estabelece que o Posto de Coleta de Leite Humano (PCLH), fica encarregado de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e desempenho de prática de coleta da produção lática da nutriz e sua estocagem, sendo sempre vinculada tecnicamente ao Banco de Leite Humano (BLH).

Ao citar as políticas públicas de incentivo à amamentação, destaca-se os BLH e PCLH como estruturas estratégicas que têm papel apoiador ao lactente. Estas unidades coletoras de leite humano nas UBS têm a capacidade de armazenar o leite coletado por 7 dias na forma congelada, envio para o Banco de Leite e após tratamento adequado, será utilizado na alimentação de prematuros hospitalizados em unidades neonatais. “Um litro de leite humano é suficiente para alimentar 10 recém-nascidos e qualquer volume de Leite Humano Pasteurizadodisponível poderá ter impacto na morbimortalidade infantil (MEGDA et al., 2017 p.4)”.

Considerando-se que o aleitamento materno beneficia a mãe, a criança e a família e a sociedade, o aconselhamento individual ou coletivo, representa uma estratégia importante para a elevação dos índices de aleitamento materno exclusivo. Além desta estratégia, existe também os planejamentos educativos durante os períodos pré e pós-natal, realizados pela equipe multidisciplinar de saúde que têm como consequência a autonomia da mulher para a realização desta prática (SILVA et al., 2017). Estas ações foram desenvolvidas pelas equipes mesmo durante o período de pandemia encontrando maneiras de realizar atividades educativas dentro do consultório, já que não foi possível realizar grupos mensais na unidade, devido à proibição de aglomerações e suspensão da reunião de equipe.

B) Aprática da promoção do aleitamento materno

Para a prática da promoção do aleitamento materno no contexto da atenção básica,

foi necessário buscar tecnologias do cuidado que pudessem ser atribuídas aos saberes e realidade destas mulheres e famílias, de forma que, o diálogo entre usuárias e profissionais fossem enriquecidos através da construção de um conhecimento coletivo. Assim, as ações de educação em saúde devem ser direcionadas para suporte das mulheres nas inquietações associadas ao aleitamento materno, expansão do acesso àinformações de saúde e aumento das taxas e do tempo de duração da prática de aleitar.

Devido à pandemia da Covid-19, o estudo teve como limitação a dificuldade de uma participação ativa e empenho da equipe de saúde responsável pela assistência desta mulher e família, que nesse contexto são decisivos para o início e seguimento da amamentação que depende do apoio, acolhimento, vínculo e orientação destes profissionais.

As possibilidades encontradas durante o desenvolvimentodo estudo foram as intervenções em situação da prática do dia adia, tanto para a resolução de problemas relacionado às queixas e dúvidas das mulheres, como repensar o processo de trabalho dos profissionais, que em muitas vezes, foi conduzido pelo vínculo entre usuário-trabalhador que se demonstrou ser muito além do intuito de solucionar um problema.

Compreende-se que há uma associação do sucesso da amamentação até o sexto mês de vida do lactente à promoção do aleitamento materno exclusivo (AME) ainda no pré-natal. Em estudo que identifica empecilhos à amamentação, se destaca como ações para a promoção ao aleitamento a participação das gestantes em outras atividades, como o grupo de gestantes, a abordagem empática do profissional de saúde durante as consultas de puericultura, onde se observa os aspectos sociais e familiares no processo da educação em relação ao AME(SILVA et al., 2018).

Como estratégia para o aumento da adesão à prática do aleitamento materno exclusivo e captação da mulher para a doação de leite humano, acordou-se com a equipe técnica (Médicos, Enfermeiros, Residentes de Enfermagem e Dentistas) um fluxo de consulta sendo o tema principal o incentivo a amamentação e aplicação do Formulário de observação e avaliação da mamada preconizado pela OMS e UNICEF.

A aplicação deste instrumento aponta se há indícios de uma amamentação bem sucedida ou não, ou seja, reflete naquele primeiro momento se o AME está se desenvolvendo adequadamente ou se há necessidade de ações de intervenção em possíveis problemas. Após a avaliação volta-se às informações obtidas da nutriz e as observações feitas pelo profissional de saúdepara nortear o apoio que será dado no aleitamento materno[18]

Essa intervenção ocorreu durante o pré-natal, no período do puerpério imediato no 5º Dia saúde integral (Acolhimento mãe-bebê), ou seja, no momento de retorno da dupla mãe-bebê à unidade para realizar testes do pezinho e BCGnos primeiros sete dias de vida do lactente, preferencialmente entre o 3º e o 5º dia e após nova consulta com até 45 dias do pós-parto, conforme já preconizado pelo MS (2006)b. Totalizando pelo menos dois momentos em que haveria a possibilidade de captação dessa mulher para a doação de leite humano ordenhado e auxilio caso haja problemas durante o aleitamento.

Durante as consultas, eram apresentadas às mulheres a sala de amamentação, como um espaço exclusivo para elas e voltado ao estímulo de uma amamentação bem-sucedida, correção de pega e posição de amamentar, auxílio a problemas associados ao AME como ingurgitamentomamário, fissuras e mastite e captação de leite humano ordenhado para doação (ZUGAIB; FRANCISCO, 2016).

Destaca-se a necessidade de educar as mulheres sobre a importância da doação de leite humano, propiciando a adesão das doadoras e também aos profissionais que muitas vezes, por não atuarem no Banco de Leite Humano, dentro de um ambiente hospitalar.

Cabe ressaltar,que mesmo após um ano de funcionamento da sala de aleitamento, muitas mulheres da comunidade não têm conhecimento sobre a possibilidade de doação de leite, e ainda buscam a unidade apenas quando já existem desconfortos ou interromperam a amamentação.

C) Divulgação do espaço da Sala de Aleitamento Materno e Doação de Leite Humano

Para a divulgação o espaço da Sala de Aleitamento Materno e Doação de Leite Humano no território foram realizados, dentro da celebração do agosto dourado, um evento em comemoração ao primeiro ano da Sala de Recebimento de Leite Humano, destinado às mulheres doadoras e profissionais apoiadores do aleitamento materno. Com ampla divulgação nas redes sociais e entrega de convites as mulheres doadoras e profissionais da unidade. O evento contou com a presença de cinco mulheres que doaram leite para o banco de leite e seus bebês e a participação dos funcionários da unidade e residentes de enfermagem lotados nesta unidade.

A programação do evento contou com apresentação de dois vídeos em comemoração ao aniversário da sala e dois momentos com dinâmica sobre mitos e verdades sobre amamentação, palestra sobre boas práticas de aleitamento e orientações sobre saúde bucal para mães e bebês.

No segundo momento, ocorreu a entrega de certificados e brindes as doadoras, fotos temáticas e café da manhã com as mulheres e demais funcionários. É possível destacar que o evento despertou o interesse de outras mães que aguardavam por atendimento e vacinas com seus bebês que acabaram se envolvendo no que acontecia no espaço. Foi realizado também o convite a mulheres gestantes que aguardavam atendimento para que também participassem da roda de conversa onde as doadoras relataram suas experiências e medos relacionados à amamentação.

Frias et al.,(2019) destaca que apesar de ser opcional da mulher a atitude de doar, o reconhecimento desta ação com a valorização dessas mães por meio de brindes, campanhas e palestras conforme foi descrito nos resultados de estudos anteriores auxiliaram na segurança para a doação.

No final da atividade foi entregue às mulheres um folder com orientações sobre

ordenha das mamas e aos profissionais, em formato de PDF, foi disponibilizado uma cartilha sobre promoção ao aleitamento materno exclusivo e apoio a doação de leite humano ordenhado.

A associação da ferramenta da mídia com as ações na atenção primária éapontada como de maior relevância já que possui um poder de intervenção de forma rápida. E na Estratégia Saúde da Família sendo porta de entrada do sistema de saúde seu papel como propagação e estimulo a doação de leite Humano se mostra de extrema eficácia na maior adesão ao aleitamento e doação (SANTOS et al., 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Ao realizar o projeto de intervenção, foi possível buscar estratégias de maior adesão dos profissionais da unidade ao incentivo do aleitamento materno exclusivo e promoção a doação de leite humano, a partir de mudanças sutis no processo de trabalho, já atribulado devido ao contexto da pandemia. Mesmo com as limitações no estudo, a sala de aleitamento apresentou um aumento no fluxo de atendimento, seja para orientações e auxílio aos problemas com as mamas, ou pelo desejo de doar o leite ordenhado pelas mães como uma atitude altruísta a partir do entendimento do valor desta prática.

Observou-se, que mesmo após um ano de funcionamento da sala de aleitamento, muitas mulheres da comunidade não têm conhecimento sobre a possibilidade de doação de leite e ainda buscam a unidade apenas quando já existem desconfortos, ou interromperam a amamentação. É responsabilidade de todos os profissionais da unidade divulgar a sala e suas potencialidades, assim como estimular a prática de aleitamento durante as consultas, visitas domiciliares, vacinação e procedimento que oportunizem uma conversa franca sobre as dificuldades da amamentação e um direcionamento a outro profissional que seja capaz de orientar sobre essa prática. De modo geral, toda a equipe de Saúde da Família deve se demonstrar apta a realizar ações para incentivo ao aleitamento.

Com a realização do evento de aniversário da sala de aleitamento foi possível ouvir as falas das mulheres que já foram atendidas e doaram leite. E como o empenho em fornecer orientações através do vínculo que ocorre entre mulher-família e equipe desde o pré-natal são importantes para manutenção do aleitamento e saúde do binômio mamãe-bebê.

Este estudotraz como contribuiçãoa ampliação dadiscussão dentro da unidade sobre estratégias de atenção à saúde da mulher e criança, mesmo num contexto de pandemia. Além de apresentar ações de uma enfermeira que possibilitaram melhorar a promoção do aleitamento materno e a doação de leite humano excedente no contexto da atenção básica,mesmo num cenário de pandemia Covid-19. E por fim,estimula novos estudos sobre a importância dos pontos de acesso de recebimento de leite na atenção básica e seus atributos na promoção ao aleitamento materno e doação de leite humano ordenhado aos

recém-nascidos internados.

REFERÊNCIAS

1- BARROS, M. S.; ALMEIDA, J. A. G; RABUFFETTI, A. G. Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano: uma rede baseada na confiança. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, v. 12, n. 2, 2018. [acesso 2020 set 06] Disponível em: https://doi.org/10.29397/reciis.v12i2.1253

2- BRASIL. Ministério da Saúde (BR) Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno no 5. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006a.

3- ______. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. [citado 8 set de 2020] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf

4- ______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

5- ______. RESOLUÇÃO, R. D. C. nº 171, de 4 de setembro de 2006. Dispõe sobre o regulamento técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano. Diário Oficial da União, 2006b.

6- COUTINHO, S.F. et al. Educação para a Saúde: Promotores de Aleitamento. Ciência ET. v. 12, n.4 p.29-36, 2019. [citado 2020 out 6] Disponível em https://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/view/4299

7- DALTRO, M. R.; FARIA, A. A. Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. Estudos e pesquisas em psicologia, v. 19, n. 1, p. 223-237, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.12957/epp.2019.43015

8- FRIAS, P. G. et al. Promoção do aleitamento materno na Atenção Primária em Saúde: evidências sobre efetividade e experiência brasileira. In: Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno: evidências científicas e experiências de implementação. Venâncio, S. I; Toma T. S. (Org). – São Paulo: Instituto de Saúde, 2019. https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.14442015.

9- MATTAR, M. J. G.; GUILHERME, J.P. Rede Global de Bancos de Leite Humano: em busca da excelência no cuidado ao recém-nascido prematuro. In: Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno: evidências científicas e experiências de implementação. Venâncio, SI; Toma TS (Org). – São Paulo: Instituto de Saúde, 2019.

10- MEGDA, M. D. L. M. et al. Rede de doação de leite humano: integração de unidades básicas de saúde, atenção secundária e banco de leite humano.Rev.Med.Minas Gerais, 27:1889, 2017. [acesso 24/03/21] Disponível em: DOI: http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20170084

11- MENDES, A. N.; FILGUEIRAS, L. A. Leite humano como fator de proteção contra enterocolitenecrosante em recém-nascidos prematuros. Boletim Informativo Geum, v. 7, n. 3, p. 16-23, jul./set. 2016.

12- PELLEGRINE, J. B. et al. Educação Popular em Saúde: doação de leite humano em comunidade do Rio de Janeiro, Brasil. Interface-Comunicação, Saúde, Educação. v. 18, p. 1499-1506, 2014. [citado 2020 ago 2] Disponível em: https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0496.

13- PEZZATO, L. M.; L'ABBATE, S. Uma pesquisa-ação-intervenção em saúde bucal coletiva: contribuindo para a produção de novas análises. Saúde e Sociedade. v. 21, n. 2, p. 386-398, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000200012.

14- ROLLINS, N. C. et al. Por que investir e o que será necessário para melhorar as práticas de amamentação?Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 2016.

15- SANTOS, E. K. A. Implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança: impacto, avanços e desafios. In: Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno: evidências científicas e experiências de implementação.Venâncio, S. I; Toma T. S. (Org). – São Paulo: Instituto de Saúde, 2019.

16- SANTOS, J. C. et al. Banco de leite humano: facilidades e dificuldades para manutenção do estoque. Revista E-Ciênciav. 6, n. 1, 2018. [citado 2020 abr 22] Disponível em: http://dx.doi.org/10.19095/rec.v6i1.353

17- SILVA, A. M. et al. Aleitamento materno exclusivo: empecilhos apresentados por primíparas. Rev. enferm. UFPE online, p. 3205-3211, 2018. [periódico na internet]. Disponível em: https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a236599p3205-3211-2018

18- SILVA, C. M. et al. Práticas educativas segundo os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” em um Banco de Leite Humano. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, p. 1661-1671, 2017. [citado 2020 mar 17].

19- SILVA, L. S. et al. Contribuição do enfermeiro ao aleitamento materno na atenção básica. R. pesq. cuid. fundam. Online. v.12, p. 774-778, jan/dez. 2020. [citado 2020 abr 19] Disponível em: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7180/pdf_1

20- VICTORA, C. G. et al. Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, e efeitos ao longo da vida. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 2016; Disponível em: https://doi.org/10.5123/s1679-49742016000100022

21- ZUGAIB, M; FRANCISCO, R. P. V. Zugaib obstetrícia. 3. ed. . BARUERI: Manole, 2016; p.1329.

CAPÍTULO 16

O IMPACTO DA TOXOPLASMOSE EM SANTA MARIA E A NECESSIDADE DE UM CUIDAR HOLÍSTICO CONTÍNUO AOS NEONATOS COM INFECÇÃO CONGÊNITA

Data de aceite: 01/08/2021
Data da submissão: 02/05/2021

Letícia Faria de Souza
Discente da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)
Santa Maria – RS
http://lattes.cnpq.br/2268004401022704

Leonardo Gomes Mauro
Biólogo graduado pela Universidade de Franca (UNIFRAN).
Docente da Rede Estadual de Minas Gerais
São Sebastião do Paraíso – MG
http://lattes.cnpq.br/4419849086911945

Gabriel de Souza Chagas
Discente da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)
Santa Maria – RS
http://lattes.cnpq.br/1087894895442917

Thilden Richardson Vieira Pereira
Discente da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)
Santa Maria – RS
http://lattes.cnpq.br/0496855067184100

Pedro Afonso Alves de Oliveira
Discente da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)
Santa Maria – RS
http://lattes.cnpq.br/8234695792003530

RESUMO: O maior surto de toxoplasmose vivenciado no Brasil ocorreu na cidade de Santa Maria, no interior do Rio Grande do Sul. A toxoplasmose é uma doença causada pelo protozoário intracelular Toxoplasma gondii, e possui diversos quadros e manifestações clínicas. As infecções adquiridas ao longo da vida costumam ser assintomáticas, no entanto, as infecções provocadas por via transmissão vertical de mães para seus fetos se caracteriza como problema de saúde pública, pela potencialidade de causar condições como coriorretinite, disfunção motora, incapacidade intelectual, febre, anemia, microcefalia ou hidrocefalia, pneumonia, rash cutâneo e muitas outras. Dada a gravidade da doença, sobretudo em neonatos, ocorre a necessidade de um cuidar holístico e contínuo nos indivíduos acometidos, buscando o melhor manejo clínico e o aumento da qualidade de vida.
PALAVRAS - CHAVE: Toxoplasmose Congênita; Santa Maria; Cuidado Holístico; Neonatos; Manifestações Clínicas.

THE IMPACT OF TOXOPLASMOSIS IN SANTA MARIA AND THE NEED FOR CONTINUOUS HOLISTIC CARE FOR NEONATES WITH CONGENITAL INFECTION

ABSTRACT: The biggest outbreak of toxoplasmosis experienced in Brazil occurred in the city of Santa Maria, in the interior of Rio Grande do Sul. Toxoplasmosis is a disease caused by the intracellular protozoan Toxoplasma gondii, and has several clinical pictures and manifestations. Infections acquired throughout life are usually asymptomatic, however, infections caused by vertical transmission from mothers to their fetuses are characterized as a public health

problem, due to the potential to cause conditions such as chorioretinitis, motor dysfunction, intellectual disability, fever, anemia, microcephaly or hydrocephalus, pneumonia, skin rash and many others. Given the severity of the disease, especially in neonates, there is a need for holistic and continuous care in affected individuals, seeking the best clinical management and an increase in quality of life.
KEYWORDS: Congenital Toxoplasmosis; Santa Maria; Holistic Care; Neonates; Clinical Manifestations

INTRODUÇÃO

A cidade de Santa Maria, no interior do estado do Rio Grande do Sul, viveu em 2018 o maior surto de toxoplasmose registrado no Brasil. A toxoplasmose é uma doença infecciosa causada pelo protozoário intracelular *Toxoplasma gondii*, que possui um ciclo de vida bifásico onde a reprodução sexuada ocorre em felinos domésticos e a reprodução assexuada ocorre em humanos. A infecção pelo parasita deve-se a baixa infraestrutura em saneamento básico culminando na contaminação da água e de alimentos por oocistos, sendo comum em países subdesenvolvidos, como o Brasil. Configurando um quadro assintomático na maior parte das infecções adquiridas nos imunocompetentes, se torna uma questão de saúde pública em gestantes e imunossupressos. A toxoplasmose gestacional pode culminar na infecção congênita do concepto, que decorre da transmissão vertical materno-infantil, com a passagem do protozoário pela placenta. Essa transmissão pode ocorrer em qualquer tempo da gestação, gerando um quadro mais severo no concepto quando se instala no primeiro trimestre gestacional.

OBJETIVO

Revelar os impactos da infecção congênita pelo *Toxoplasma gondii* e identificar fatores justificativos para o cuidar holístico e prolongado de conceptos acometidos.

METODOLOGIA

As informações sobre o surto de toxoplasmose vivido em Santa Maria foram obtidas a partir do relatório da investigação epidemiológica atualizado em 5 de outubro de 2018 e promovido pela secretaria da saúde do Rio Grande do Sul. Os dados acerca das manifestações clínicas da toxoplasmose congênita foram colhidos na plataforma de medicina baseada em evidências UpToDate. Foi realizada uma síntese e análise dos conhecimentos obtidos para obterem-se as conclusões.

RESULTADOS

Santa Maria registrou, até outubro de 2018, 777 casos confirmados de infecção por Toxoplasma gondii, destes 13,5% acometeram gestantes (105 casos), 0,4% levaram a óbitos fetais (3 casos), 1,3% resultaram em abortos (10 casos) e 2,6% foram registrados em neonatos com toxoplasmose congênita (20 casos). Dos 20 casos de toxoplasmose congênita identificados em outubro, 19 ainda estavam em tratamento no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), em janeiro de 2019. Os recém-nascidos acometidos por toxoplasmose congênita geralmente são assintomáticos. Quando presentes, as manifestações clínicas podem formar diversos cenários; no mais frequente desencadeiam-se manifestações subclínicas, como lesões da retina e calcificações focais do cérebro, não detectáveis nos exames físicos de rotina, apenas com investigações complementares. Crianças com manifestações subclínicas apresentam um alto risco de desenvolver as manifestações tardias da toxoplasmose congênita – coriorretinite (inflamação da retina causadora de afecções visuais secundárias), disfunção motora, incapacidade intelectual e muitos outros. Um terceiro cenário da infecção congênita se apresenta nas manifestações aparentes ao nascimento, que embora raras podem ser extremamente perigosas para os neonatos, sendo exemplos: coriorretinite, febre, anemia, micro ou hidrocefalia, pneumonia, rash cutâneo, trombocitopenia.

DISCUSSÃO

Dada a gravidade das afecções clínicas as quais os neonatos acometidos por toxoplasmose congênita manifestam, se faz necessário um acompanhamento profissional de cada caso, buscando a melhor abordagem e tratamento para a resolução ou manejo da doença. Infectologistas da cidade de Santa Maria, cientes dessa necessidade após o surto de toxoplasmose na cidade, compuseram um documento solicitando à Prefeitura o reforço de oftalmologistas, obstetras, infectologistas e pediatras. A toxoplasmose congênita é uma questão de saúde pública pela necessidade do cuidar holístico e contínuo ao qual os recém-nascidos acometidos precisam ser postos. Quanto maior o apoio profissional para o diagnóstico e tratamento das afecções, menor a probabilidade de manifestações tardias da doença e complicações futuras que possam diminuir a qualidade de vida desses conceptos.

CONCLUSÃO

O surto de toxoplasmose em Santa Maria trouxe em evidência o problema da transmissão materno-infantil e das condições subjacentes causadas no feto após essa infecção congênita de desenvolver. A presença de profissionais de diversas áreas se fez necessária em Santa Maria, por conta das manifestações clínicas diversas da doença,

sobretudo nos neonatos. Neonatos acometidos por manifestações clínicas limitantes podem ter um déficit acentuado de qualidade de vida, principalmente em municípios interioranos e com baixo PIB per capita. Embora a toxoplasmose não apresente sintomas na maioria dos acometidos, sobretudo na sua forma adquirida, pode ser deletéria para fetos e recém-nascidos, trazendo à tona a demanda por um cuidar holístico e contínuo dessa população.

REFERÊNCIAS

ARANGUIZ, D. 19 bebês com toxoplasmose congênita estão em tratamento no HUSM. **Diário de Santa Maria**, 2019. Disponível em: <https://diariosm.com.br/not%C3%ADcias/sa%C3%BAde/19-beb%C3%AAs-com-toxoplasmose-cong%C3%AAnita-est%C3%A3o-em-tratamento-no-husm-1.2119938>. Acesso em: 30 out 2020

DIÁRIO DE SANTA MARIA. Profissionais irão até o Ministério Público Federal apresentar o documento. **UFSM na Mídia**, 2018. Disponível em: <http://coral.ufsm.br/midia/?p=43510>. Acesso em: 30 out 2020

GUERINA, N. G.; MARQUEZ, L. Congenital toxoplasmosis: Clinical features and diagnosis. **UpToDate**, 2020. Disponível em: <http://www.uptodate.com/online>. Acesso em: 30 out 2020

MOREIRA, L. M. O. Toxoplasmose Congênita. Departamento de Neonatologia da SBP, 2012. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/TOXOPLASMOSE_congenita-LM-SBP16.pdf>. Acesso em: 29 out 2020

SECRETARIA DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Relatório de Atualização de Investigação de Surto.** 2018. Disponível em: <http://www.santamaria.rs.gov.br/docs/noticia/2018/10/D05-1561.pdf>. Acesso em: 29 out 2020

CAPÍTULO 17

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM COMO FERRAMENTA PARA O ALCANCE DA INTEGRALIDADE E HUMANIZAÇÃO DURANTE CONSULTAS GINECOLÓGICAS

Data de aceite: 01/08/2021

Ismael Vinicius de Oliveira
Faculdade do Complexo Educacional Santo André (FACESA)
Assú-RN
Orcid: orcid.org/0000-0001-9489-4081

Larissa Iasmim Rodrigues Oliveira
Universidade Potiguar (UnP)
http://lattes.cnpq.br/7039739145121912

Francisca Gleibe dos Santos Cunha
Faculdade do Complexo Educacional Santo André (FACESA)
Assú-RN

Genizia Borges de Lima
Faculdade do Complexo Educacional Santo André (FACESA)
Assú-RN
http://lattes.cnpq.br/3787374282025253

Kevyn Danuway Oliveira Alves
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)
Mossoró-RN
https://orcid.org/0000-0002-8794-1094

Larissa Maria da Cunha Felipe de Andrade
Faculdade do Complexo Educacional Santo André (FACESA)
Assú-RN
http://lattes.cnpq.br/3169147883890199

Maria Clara Barbosa Moreira Silva
Faculdade do Complexo Educacional Santo André (FACESA)
Assú-RN

Maria Jelande Magally Ferreira
Faculdade do Complexo Educacional Santo André (FACESA)
Assú-RN
http://lattes.cnpq.br/5067962175024154

Sarah Raquel Rodrigues dos Santos Dantas
Faculdade do Complexo Educacional Santo André (FACESA)
Assú-RN
http://lattes.cnpq.br/5510165336439386

Francisca Débora Cavalcante Evangelista
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)
http://lattes.cnpq.br/8089509169965869

RESUMO: O câncer pode ser definido como um conjunto de doenças com localizações topográficas variadas, de diferentes tipos morfológicos, que têm em comuns duas principais características biológicas. Esse tema insere-se no âmbito de saúde da mulher, em especial as mulheres de 25 à 64 anos, consideradas a de maior risco para o desenvolvimento do câncer do sistema ginecológico. A área considera estratégica para ações prioritárias no que se refere às detecções precoces dos cânceres do sistema ginecológico é a Atenção Primária, onde o enfermeiro exerce suas competências específicas. Desta forma o estudo objetivou identificar as mudanças ocorridas durante o uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas consultas ginecológicas. Trata-se de um relato de experiência, com teor qualitativo, descritivo e exploratório. Com isso Atribui-se ao

profissional enfermeiro, que o mesmo seja um suporte fundamental no desenvolvimento de estratégias que possam contribuir para a detecção precoce dos cânceres genitais. Sendo assim, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na Atenção Primária é uma ferramenta estratégica de investigação, que visa uma assistência elaborada e eficiente, agilizando e qualificando o processo de trabalho da equipe de enfermagem. Uma vez que o novo instrumento implementado no campo pesquisa, possibilita uma assistência completa a usuária do serviço de saúde, facilitando o trabalho da equipe de saúde favorecendo assim a expectativas positivas para o decorrer das consultas ginecológicas.
PALAVRAS – CHAVE: INTEGRALIDADE. SAE. SAÚDE DA MULHER.

ABSTRACT: Cancer can be defined as a set of diseases with varied topographical locations, of different morphological types, which have two main biological characteristics in common. This theme falls within the scope of women's health, especially women aged 25 to 64, considered to be at the highest risk for developing cancer of the gynecological system. The area considered strategic for priority actions regarding early detection of cancers of the gynecological system is Primary Care, where nurses exercise their specific skills. Thus, the study aimed to identify the changes that occurred during the use of the Systematization of Nursing Assistance (SAE) in gynecological consultations in a school clinic. This is an experience report, with qualitative, descriptive and exploratory content. With this it is attributed to the professional nurse, that it is a fundamental support in the development of strategies that can contribute to the early detection of genital cancers. Thus, the Systematization of Nursing Care (SAE) in Primary Care is a strategic tool of research, which aims an elaborate and efficient assistance, streamlining and qualifying the work process of the nursing team. Once the new instrument implemented in the research field, it enables a complete assistance to the health service user, facilitating the work of the health team thus favoring positive expectations for the course of gynecological consultations.
KEYWORDS: INTEGRALITY. SAE. WOMEN'S HEALTH.

1 I INTRODUÇÃO

Dentre alguns desafios para se alcançar a integralidade na assistência à saúde da mulher na Atenção Básica, estão as ações de promoção à saúde e diagnóstico precoce dos cânceres do sistema ginecológico.

Os fatores que podem vir a contribuir com o acometimento do câncer é o tipo de alimentação, o tabagismo, alcoolismo, stress, o aumento considerável de mulheres chefes de família, o assédio moral e sexual no mundo do trabalho, esses têm relevância destacada na mudança do perfil epidemiológico das mulheres. O câncer pode ser definido como um conjunto de doenças com localizações topográficas variadas, de diferentes tipos morfológicos, que têm em comuns duas principais características biológicas: o crescimento celular descontrolado e a capacidade de se estender para além do tecido em que se origina (SMELTZER, 2009).

Esse tema insere-se no âmbito de saúde da mulher, em especial as mulheres de 25

à 64 anos, consideradas a de maior risco para o desenvolvimento de cânceres genitais. A área considera estratégica para ações prioritárias no que se refere às detecções precoces dos cânceres do sistema ginecológico é a Atenção Primária, onde o enfermeiro exerce suas competências específicas (INCA, 2020).

As teorias que fundamentam a enfermagem como profissão técnico cientifica, é principalmente a de Wanda Horta, Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que impulsionaram o cunho científico da profissão, desta forma a enfermagem como prática de saúde mística e sacerdotal do séc. XIII passa agora a ser um produto de uma nova fase. O termo "sistematização" remete ao real papel da SAE, que é sistematizar/organizar o processo de enfermagem (PE) em cinco etapas, são elas: Investigação, Diagnostico, Planejamento, Implementação e Avaliação (HORTA,1979).

Com isso Atribui-se ao profissional enfermeiro, que o mesmo seja um suporte fundamental no desenvolvimento de estratégias que possam contribuir para a detecção precoce dos cânceres genitais, fortalecendo assim o auto cuidado nas usuárias do serviço de saúde, para que as mulheres superem todas as limitações impostas pela cultura, devendo incluir caminhos criativos, a fim de amenizar dificuldades ou barreiras encontradas. (FIGUEIREDO, et al. 2009)

Sendo assim, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na Atenção Primária é uma ferramenta estratégica de investigação, que visa uma assistência elaborada e eficiente, agilizando e qualificando o processo de trabalho da equipe de enfermagem e um cuidado humanizado ao paciente, nos permitindo estabelecer vínculos com a usuária, e proporciona autonomia para o profissional de enfermagem (CHAVES, et al. 2013)

Com isso o estudo objetivou identificar as mudanças ocorridas durante o uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas consultas ginecológicas de uma clínica escola.

2 | METODOS

Tipo de estudo estudo descritivo, do tipo relato de experiência, com abordagem qualitativa, que consistiu em descrever a vivência de consulta de enfermagem ginecológica. O estudo foi realizado em uma clínica escola, localizada no municipio de Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil, que ocorreu por meio de estágio prático em Enfermagem.

3 | RELATO DE EXPERIENCIA

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) preconiza que para haver o controle do câncer são necessárias ações que garantam uma atenção integral ao paciente em todos os níveis de atenção a saúde, com o intuito de resolutividade dos problemas encontrados, desde a promoção, diagnóstico e tratamento até os cuidados paliativos.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer – INCA, estima-se que o número de novos casos de câncer a cada ano aumentará de 10 milhões em 2000 para 15 milhões em 2020, sendo que 60% desses casos estarão concentrados nos países menos desenvolvidos, como é o caso do Brasil.

Desta forma foi possível identificar que se faz necessário uma constante busca pela atualização do conhecimento dos profissionais de saúde que buscam contemplar uma assistência integral. No decorrer da vivência levantada foi observar que os envolvidos reconhecem que a SAE além de ser um processo contínuo, colabora para um atendimento dinâmico, contribuindo para o processo assistencial tanto para o individuo como para a coletividade.

Ainda se faz necessário ressaltar que todos os profissionais que compõe a equipe de saúde participem da assistência por meio de suas competências, que são especificas, dessa forma respeita-se os fatores legais os quais devem ser envolvidos nesse processo, facilitando o alcance da integralidade na atenção primária (COFEN, 2009).

As mudanças ocorridas após o uso da sistematização da assistência de enfermagem foram significativas no processo de trabalho destacando a dinamicidade, resolução mais rápida de alguns casos e facilidade no processo de enfermagem, além da capacidade de reflexão clinica, resolução no processo do cuidar, melhora do atendimento e dinâmica nas ações desenvolvidas no serviço, foram as principais mudanças ocorridas, possibilitando um atendimento integrado e humanizado as pacientes.

Onde para Horta (1979, p.35) define que o processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano.

Diante das mudanças ocorridas do serviço de saúde supracitado é possível descrever que não ouve nenhuma dificuldade encontrada no processo de implementação da sistematização da assistência de enfermagem, porém se fazendo uma educação permanente em saúde aos profissionais ali inseridos.

Entre tanto é preciso elencar a real importância das metodologias ativas no processo de ensino e aprendizagem na formação de novos enfermeiros para que possa refletir na disciplina de estagio supervisionado I e II que é de suma importância para o planejamento das ações em em enfermagem. Sendo assim as metodologias utilizadas são fundamentais para desenvoltura do aluno diante da prática, rompendo a dicotomia entre teoria e prática.

Desta forma, há uma necessidade de revisão que se verifique o tipo de formação dos cursos de graduações em enfermagem que serão futuros profissionais e atuarão em diversas áreas, sendo estes responsáveis por se materializar as ações em saúde no momento de sua atuação como enfermeiro, uma vez que este profissional é um dos alicerces para a implementação das políticas publicas em saúde. (SILVEIRA, 2011)

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da experiência, pode-se ressaltar a relevância dessa discussão que perpassa por uma parceria entre a academia e o serviço de saúde, corroborando que a união dessas instituições pode promover a troca de saberes e de experiência, fomentando nos profissionais e discentes a ideia de garantir a implementação das políticas publica em saúde, contribuindo para a melhoria na qualidade de vida, visando uma melhor qualidade no fluxo do sistema de saúde, fortalecendo a comunicação multiprofissional, onde é possivel idenrificar que profissionais de saúde se mostram de grande importância no que diz respeito a adesão de consultas, tratamentos e estratégias de prevenção. Sendo assim o estudo possibilita que outros pesquisadores possam dar continuidade com estudos relacionados a área. No entanto, considera-se alcançado o objetivo proposto.

REFERÊNCIAS

CHAVES, Lucimara Duarte et al. **Sistematização da Assistencia de Enfermagem, considerações teoricas e aplicabilidade.** 2. Ed. São Paulo: Martinari; 2013.

Conselho Federal de Enfermagem. Disponivel em < http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2722002-revogada-pela-resoluao-cofen-n-3582009_4309.html > Acesso em 21 Jun. de 2020

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem**. São paulo: EPU, 1979

Instituto Nacional do Câncer <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/ovario > Acesso em: 21 Jun de 2020

SMELTZER, S. C. et al. Brunner & Suddarth: **tratado de enfermagem médico cirúrgica.** 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009, 2v.

SILVEIRA CA, Paiva SMA. **A evolução do ensino de enfermagem no Brasil: uma revisão histórica.** Cien cuid Saúde. 2011; 10(1):176-83.

CAPÍTULO 18

TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO E DE MAMA

Data de aceite: 01/08/2021
Data da submissão: 04/05/2021

Maurilo de Sousa Franco
Enfermeiro pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Membro do Grupo de Pesquisa Saúde Coletiva (GPeSC/UFPI) e do Grupo de Pesquisa Inovação e Tecnologia no Ensino e no Cuidado em Saúde (ITECS/UFPI)
Picos, (PI), Brasil.
http://lattes.cnpq.br/7544444564282539
https://orcid.org/0000-0003-0808-3763

Miguel Campos da Rocha
Enfermeiro pelo Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA). Pós-graduando em Terapia Intensiva pelo Hospital São Marcos.
Teresina, (PI), Brasil.
http://lattes.cnpq.br/5205429909149500

Francisco Edson das Chagas Silva
Enfermeiro pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Enfermeiro Assistencial UTI Hospital Regional Justino Luz – HRJL –Picos, (PI), Brasil.
http://lattes.cnpq.br/3424917160949858

Keyla Maria Rodrigues Bezerra
Enfermeira pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica (FACET), São Julião, (PI), Brasil.

Larissa Fernanda Santos Lima
Enfermeira pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica (FACET), Oeiras, (PI), Brasil.

Uandala Calisto Dantas
Enfermeira pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica (FACET), Juazeiro, (BA), Brasil.

Aldemir Rabelo Sepúlvida Júnior
Enfermeiro pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Pós-graduando em Nefrologia e UTI (FACET), Lagoa do Sítio, (PI), Brasil.

Manoel José Clementino da Silva
Enfermeiro pela Universidade Federal do Piauí (UFPI), Bocaina, (PI), Brasil.

Antônio Gabriel de Sousa Moura
Enfermeiro pela Universidade Federal do Piauí (UFPI), Picos, (PI), Brasil.

Luzimar Moreira de Oliveira Neto
Enfermeiro pela Universidade Federal do Piauí (UFPI), Crateús, (CE), Brasil.

Antonieldo Araújo de Freitas
Enfermeiro pela Faculdade do Piauí (FAPI). Mestrando em Saúde e Comunidade (PPGSC) - Universidade Federal do Piauí (UFPI) – Teresina, (PI), Brasil.
http://lattes.cnpq.br/3131205465900302

Fabiano Fernandes de Oliveira
Mestre e Doutorando em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), Cruzeiro, (SP), Brasil.
http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/cv?id=8754361457987055

RESUMO: Objetivo: Descrever a experiência acadêmica acerca da construção e implementação de uma tecnologia educacional para prevenção dos cânceres de colo uterino e mama. **Metodologia:** Estudo descritivo, tipo relato de experiência, com abordagem qualitativa, oriundo da experiência desenvolvida no curso de Enfermagem durante o Estágio Curricular Supervisionado I no âmbito da Rede de Atenção Primária à Saúde em um município do centro-sul Piauiense realizado no período de setembro a outubro de 2019. Realizaram-se encontros prévios para o 1) Planejamento, 2) Alocação de Recursos e Distribuição de Tarefas, 3) Definição e Elaboração de Estratégias de Ensino e 4) Execução e Avaliação. **Resultados:** As temáticas abordadas nessa experiência foram os cânceres de colo uterino e mama, temas significativamente relevantes na atenção à saúde da mulher, e envolveram conceitos, sinais e sintomas, fatores de risco e proteção, medidas preventivas e tratamento de ambas patologias. Como estratégia de abordagem educativa, elaborou-se uma tecnologia educacional do tipo jogo perguntas e respostas a fim de ser utilizado como recurso de educação em saúde nas ações de promoção a saúde da mulher. **Conclusão:** A tecnologia educacional do tipo jogo utilizado nessa experiência, mostrou-se como instrumento de educação em saúde para promover conhecimento das mulheres sobre a temática e acredita-se, que pode influir para adoção de comportamentos para prevenção dos cânceres em discussão, além disso, o estágio supervisionado apresentou-se como um cenário promissor para o desenvolvimento e aperfeiçoamento do acadêmico como futuro enfermeiro-educador-promotor na saúde da mulher.

PALAVRAS - CHAVE: Enfermagem em Saúde Comunitária. Educação em Saúde. Saúde da Mulher. Neoplasias da Mama. Neoplasias Uterinas.

EDUCATIONAL TECHNOLOGY FOR PREVENTING BREAST CANCER AND BREAST CANCER

ABSTRACT: Objective: To describe the academic experience regarding the construction and implementation of a technology for education and health promotion for the prevention of cervical and breast cancers. **Methodology:** Descriptive study, type of experience report, with a qualitative approach, derived from the experience developed in the Nursing course during the Supervised Curricular Internship I carried out in the Primary Health Care Network in a municipality in the central-south Piauiense carried out in the period of September to October 2019. Previous meetings were held for 1) Planning, 2) Resource Allocation and Task Distribution, 3) Definition and Elaboration of Teaching Strategies and 4) Execution and Evaluation. **Results:** The themes addressed in this experience were cervical and breast cancers, themes that are significantly relevant to women's health care, and involved concepts, signs and symptoms, risk and protection factors, preventive measures and treatment of both pathologies. As an educational approach strategy, a game-and-answer educational technology was developed in order to be used as a health education resource in actions to promote women's health. **Conclusion:** The health promotion strategy as the game used in this intervention, proved to be an instrument of health education to promote women's knowledge about the theme and it is believed that it can influence the adoption of behaviors for cancer prevention under discussion in addition, the supervised internship presented itself as a promising scenario for the development and improvement of the academic as a future nurse-educator-promoter in women's health.

KEYWORDS: Community Health Nursing. Health Education. Women's Health. Breast neoplasms. Uterine Neoplasms.

1 I INTRODUÇÃO

Hodiernamente, o câncer é um dos agravos de saúde pública mais complexos que desafia o sistema de saúde brasileiro, dada sua magnitude epidemiológica, social e econômica. Destaca-se, além disso, que pelo menos um terço dos casos novos de câncer que ocorre anualmente a nível global poderia ser evitados. Por isso, as ações de prevenção e o controle deste agravo, torna-se, prioridades na agenda do Ministério da Saúde (INCA, 2020a). Segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) essa patologia ocupa o segundo lugar no ranking de causas de mortes no país e tem mostrado crescentes índices, devido a uma maior exposição a agentes cancerígenos por meio da alimentação, do trabalho e outras esferas, o que colabora para o surgimento de inúmeros casos não relacionados com o histórico familiar (GOMES *et al*., 2018).

Nesse cenário, o câncer de mama consiste em uma neoplasia que provoca a replicação desordenada de células defeituosas sobretudo nas mamas e região axilar, sendo um problema de saúde pública devido à sua alta incidência, morbidade e mortalidade. Estima-se que no ano de 2020 sejam detectados mais de 66 mil novos casos deste tipo de câncer no Brasil e cerca de 16 mil mortes de mulheres decorrentes deste problema de saúde, dentre as regiões mais afetadas está o nordeste brasileiro com mais de 13 mil casos esperados, ficando atrás apenas do Sudeste com mais de 36 mil casos (WHO, 2012).

Destaca-se, além disso, o câncer do colo do útero, caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do colo uterino, o que compromete o tecido subjacente (estroma) e pode invadir estruturas e órgãos contíguos ou à distância. Este tipo de neoplasia é a quarta mais comum entre as mulheres, com aproximadamente 570 mil casos novos por ano no mundo, sendo responsável por 311 mil óbitos por ano, sendo com isso a quarta causa mais frequente de morte por câncer em mulheres (INCA, 2020b).

Nessa conjuntura, evidencia-se que quanto mais cedo ocorrer a adoção de medidas e condutas de prevenção e promoção da saúde, menores serão as chances de desenvolver essas patologias. Desse modo, sabe-se que a Atenção Primária a Saúde (APS) é o primeiro nível de assistência no sistema de saúde e por isso é considerada como a porta de entrada no mesmo, pois nela os profissionais tem o contato inicial com o público, o que permite a continuidade e a integralidade da atenção e coordenação da atenção dentro do sistema. Além de outros três atributos derivados: a orientação familiar e comunitária e a competência cultural (BANDEIRA *et al.,* 2020). Ademais, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) apresenta-se como um modelo de atenção dos serviços de saúde, tendo como centro da atenção a família, o que propicia a incorporação de um novo olhar no processo de intervenção e a busca pela implementação de ações preventivas, tais como aquelas

direcionadas ao público feminino adstrito a área da ESF (BRASIL, 2014).

Nessa perspectiva, e utilizando-se dos atributos da APS, a educação em saúde – sendo um ferramenta efetiva de promoção da saúde – possui um grande potencial de alcance no que concerne prevenir as diversas patologias e agravos entre as quais os cânceres de mama e de colo uterino, pois propicia mudanças de comportamentos de risco para a adoção de estilos de vida mais saudáveis podendo esta ser implementada pela equipe multiprofissional de saúde ou pelo enfermeiro durante a consulta de enfermagem (ROMERO, SHIMOCOMAQUI, MEDEIROS, 2019).

À vista disso, é preciso destacar que além dos serviços de saúde, a universidade tem um papel fundamental na articulação e implementação de ações de promoção da saúde, destacando-se o Estágio Curricular Supervisionado (ECS), que configura-se como uma estratégia de vínculo entre a universidade e os serviços, uma vez que este permite utilizar o conhecimento e atitudes profissionais desenvolvidas pelo graduando durante seu percurso de formação incrementando suas competências imersas nos processos laborais das instituições de saúde. Infere-se, dessa maneira, que é no estágio curricular supervisionado que ocorre a preparação de um ser crítico, cético, observador e construtor de saberes (ESTEVES *et al.,* 2018).

Considerando os apontamentos supracitados, bem como a epidemiologia do câncer de colo uterino e de mama, as ações de promoção da saúde e a integração ensino-serviço-comunidade, este estudo se justifica justamente pela importância que a APS e a universidade têm na articulação e implementação de atividades que tenham como foco a promoção da saúde dos usuários, considerando neste caso, o câncer de colo uterino e de mama como um ponto de relevante discussão acerca do cuidado em saúde. A realização de intervenções e a construção de tecnologias de educação em saúde no âmbito do SUS como estratégia de promover o conhecimento, auxiliar na detecção precoce e incentivar a novos comportamentos em saúde, permitem a continuidade da assistência bem como o fortalecimento da corresponsabilização. Destarte, a experiência que emerge no âmbito do Estágio Curricular Supervisionado da graduação em enfermagem desenvolvido no território da atenção primária, reforça a atuação do enfermeiro nas ações de educação e promoção da saúde para prevenir os agravos à saúde dos grupos populacionais, dentre esses, a saúde da mulher.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo é descrever a experiência acadêmica acerca experiência acadêmica acerca da construção e implementação de uma tecnologia de educação e promoção da saúde para prevenção dos cânceres de colo uterino e mama.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo, de abordagem qualitativa, oriundo da experiência acadêmica durante o processo de construção e implementação de intervenção educativa

para prevenção dos cânceres de colo uterino e mama. Salienta-se que esta experiência vincula-se ao Estágio Curricular Supervisionado I desenvolvido na Rede de Atenção Primária à Saúde enquanto componente obrigatório do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI) Campus Senador Helvídio Nunes de Barros situado no município de Picos, região do centro-sul Piauiense.

A experiência aqui descrita foi desenvolvida durante os meses de setembro a outubro de 2019. Para o seu desenvolvimento foram fundamentais as etapas: **1)** Planejamento, **2)** Alocação dos recursos e Distribuição de Tarefas, **3)** Definição e Elaboração de Estratégias de Ensino e **4)** Execução e Avaliação.

O cenário desta experiência foi a Unidade de Saúde Dona Santa Nunes integrante da rede de atenção primária do município de Picos-PI. A unidade localiza-se na zona urbana e é constituída por uma Equipe de Saúde da Família composta por duas enfermeiras, um médico, dois técnicos de enfermagem, um cirurgião dentista e técnico em saúde bucal. Além disso, integra ao serviço a equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) com atuação de assistência social, fonoaudiólogo, fisioterapeuta e educador físico.

Ressalta-se que, para o desenvolvimento deste estudo, não foi necessário submetê-lo ao Comitê de Ética em Pesquisa, pois o mesmo relata a experiência acadêmico-profissional com o intuito de apresentar uma tecnologia educacional em saúde e de contribuir com o processo formativo em saúde.

3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta sessão, estão apresentadas detalhadamente as etapas envolvidas para o alcance do objetivo proposto, bem como a apresentação da tecnologia educacional elaborada.

A primeira etapa, **Planejamento**, iniciou no mês de setembro mediante reuniões semanais com os acadêmicos e o profissional supervisor do estágio. Nas reuniões os acadêmicos foram solicitados a prepararem atividade educativa para o mês de outubro, cujo este se intensifica as ações de combate ao câncer de mama. Ademais, definiu-se junto à enfermeira supervisora a data e foram agendadas as próximas reuniões para acompanhamento e orientações necessárias.

Na etapa de **Alocação dos recursos** verificou-se a disponibilidade de materiais existentes na unidade e que poderiam ser utilizados como recursos educativos além dos quais haveriam a necessidade de ser adquiridos ou solicitados junto a Secretaria Municipal de Saúde do Município, por exemplo: cartolinas, *data-show*, panfletos e cartazes. Além disso, houve neste momento o convite aos profissionais do Núcleo Ampliado de Apoio a Saúde da Família (NASF) atuante na Unidade para que pudessem agregar a intervenção enquanto recursos humanos.

Quanto à **Distribuição de Tarefas**, aquelas mais burocráticas ficaram a cargo da

enfermeira supervisora, visto que ela já possuía conhecimento dos trâmites para solicitação de materiais como adesivos e o *coffee break*. Os acadêmicos foram solicitados a preparem o material didático, as formas de abordagem e interatividade entre o público-alvo. Neste momento, a enfermeira supervisora solicitou a criação ou utilização de estratégias de metodologias ativas, ou seja, que envolvessem as participantes problematizando as temáticas em questão e fazendo-as repensar nas suas atitudes referentes ao autocuidado em saúde.

Para a **Definição de Estratégias e Abordagem de Intervenção** os acadêmicos no primeiro momento realizaram abordagem conceitual sobre os Cânceres de Mama e Colo Uterino. Assim, foram buscados na literatura nacional e internacional os conceitos importantes para subsidiar as discussões, envolvendo definições, sinais e sintomas, fatores de risco e proteção, medidas preventivas e tratamento de ambas patologias.

Após a explanação teórica utilizou-se como estratégia educativa um jogo do tipo perguntas e respostas adaptado ao Show do Milhão. O jogo de perguntas e respostas foi criado pelos acadêmicos utilizando o *power point* e layout adaptado do jogo do show do milhão popularmente conhecido na TV brasileira.

O jogo continha inicialmente uma pergunta referente aos conteúdos que foram abordados. Salienta-se que para a elaboração das perguntas utilizou-se como referência o Caderno de Atenção Básica nº 13 Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama (BRASIL, 2013). Para cada rodada de perguntas cada participante tinha quatro alternativas de respostas, sendo somente uma afirmativa correta.
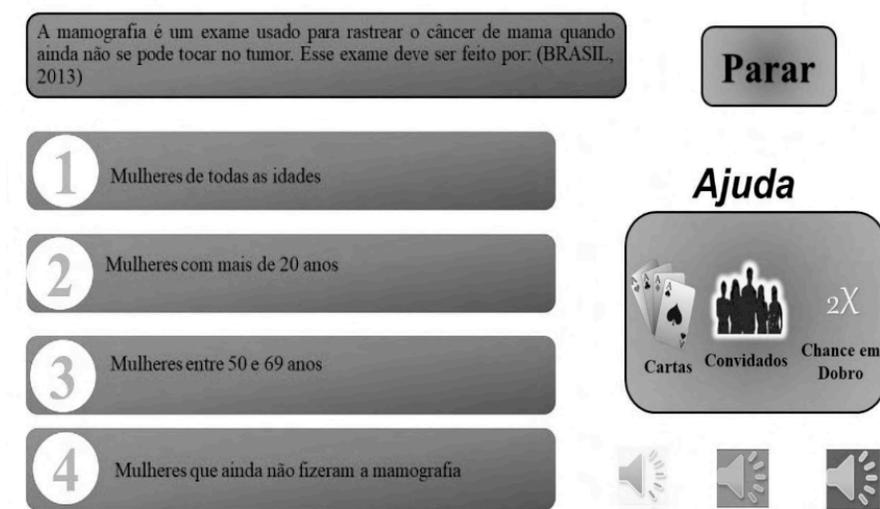
Figura 1. Tecnologia educacional Jogo educativo “Show de Informação: prevenindo os cânceres de colo uterino e mama”. Picos, PI, Brasil, 2019.

Fonte: elaborado pelos autores
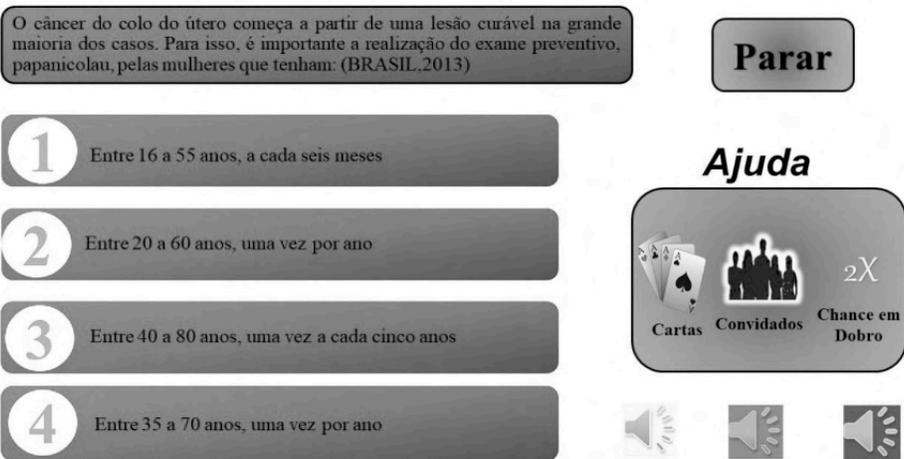
Figura 2. Tecnologia educacional Jogo educativo "Show de Informação: prevenindo os cânceres de colo uterino e mama". Picos, PI, Brasil, 2019.

Fonte: elaborado pelos autores.

Figura 3. Opções de apoio do Jogo educativo "Show de Informação: prevenindo os cânceres de colo uterino e mama". Picos, PI, Brasil, 2019.

Fonte: elaborado pelos autores.

Como recursos de interatividade e apoio durante o jogo, utilizou-se as opções: **Parar** e **Ajuda**: que contemplava os itens: cartas, convidados e chance em dobro (2x).

Na opção **Parar**, cada participante poderia decidir seguir ou não adiante em responder a pergunta solicitada. Esta opção foi disponibilizada para que o público-alvo pudesse se sentir à vontade e livre de posturas impositivas pelos acadêmicos no processo educativo enquanto mediadores da intervenção educativa.

Por outro lado, na opção **Ajuda,** as participantes que possuíam dúvidas em relação a pergunta questionada poderiam recorrer aos itens de apoio: **1)** cartas, **2)** convidados e **3)** chance em dobro (2x). No intem **Cartas** a participante teria disponível três cartas com informações referentes aos conteúdos discutidos na intervenção. Ressalta-se, entretanto, que conteúdo da carta não necessariamente estava vinculado à pergunta solicitada a participante naquela rodada, servindo de base para instigar seu pensamento a respeito do que fora debatido.

No item **Convidados,** a participante poderia escolher dois mebros para sanar sua dúvida, o primeiro membro uma participante da plateia, que não seria selecionada a participar do jogo, e o segundo membro um profissional de saúde vinculado à Unidade de Saúde ou integrante do Nasf. Optou-se por essa escolha para democratizar o acesso de informação disponível entre o público-alvo e o profissinais de saúde. Além disso, os profissinais foram incluídos neste momento por serem de conhecimento das participantes e por integrarem a população adescrita do território de atuação destes permitindo mais confiança e credibilidade nas infomações repassadas. Em **chance em dobro (2x)** quando a participante não fosse capaz de responder a pergunta ou se respondesse de forma incorreta, era concedido a ela o direito de pular/escolher a próxima pergunta.

3.1 Execução e Avaliação

A intervenção foi executada no mês de outubro de 2019, mês onde as ações de promoção à saúde da mulher especificamente contra os cânceres de colo uterino e mama são intensificadas. Assim, a convite da UBS por meio das Agentes Comunitárias em Saúde, participaram deste momento educativo cerca de 40 mulheres, incluindo-se adolescentes e idosas pertencentes ao território adscrito.

Na oportunidade foram entregues os Exames Citopatológicos realizados e agendados o retorno para Consulta de Enfermagem. Foi reforçado a adesão das participantes ao exame Papanicolau bem como sua importância como método de rastreamento para o câncer cervical. Ao Câncer de Mama, foi reiterado a necessidade da realização da mamografia preconizada para cada idade e orientado sobre a realização do autoexame das mamas como método complementar de diagnóstico.

A partir da experiência relatada, compreende-se que a educação em saúde é considerada relevante instrumento para promoção em saúde que carece de uma associação de suportes educacionais e ambientais que almejem impactar atividades e condições de vida compactuantes ao bem-estar (BALDOÍNO *et al.,* 2018)

Dessa forma, o processo educativo não deve apenas compreender palestras, aulas e transferência de conhecimento, no qual só um agente é detentor do saber, e os outros figurem como simples espectadores e receptores dos conteúdos repassados, mas ser o que promove o empoderamento dos usuários integrantes do processo e que seja oferecido condições para o gerenciamento de seus hábitos e rotina de vida. Ou seja, a educação

em saúde deve ser uma prática que, de fato, emancipem os sujeitos, e promova a busca pela autonomia e por meio do diálogo, figurem no centro do processo de edificação do conhecimento (MAIA *et al.,* 2018).

A execução de ações que visem o rastreio e diagnóstico precoce do câncer de mama constitui prioridade na agenda da Política Nacional de Saúde Brasileira. Por outro lado, o estímulo para a adoção de hábitos de vida saudáveis em atividades de promoção da saúde contra os canceres de mama e colo uterino, caracterizam motes prioritários pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

A APS destaca-se como espaço central das ações de promoção da saúde. Sua abrangência, acessibilidade e continuidade nas ações ofertadas, atribuem-na particularidades que a diferencia de outros tipos de serviços assistenciais (DUARTE *et al.,* 2019). Por estar mais próxima do cotidiano das mulheres dispõe de mais oportunidades de ampliar o acesso às informações, seja através de abordagem educativa em grupo como descrito no presente trabalho ou em atendimento individual (BRASIL, 2014b).

Uma incidência crescente do câncer de mama como neoplasia mais frequente entre as mulheres em todo mundo, preocupa autoridades encarregadas de medidas que incidam sob a saúde pública. Para países de média e baixa renda, em razão do diagnóstico acontecer em estágios mais avançados (ALVES *et al.,* 2019) o bom prognóstico para pacientes oriundas de tais regiões torna-se dificultado. Desse modo, evidencia-se a emergente necessidade de ações de educação em saúde direcionadas a capacitar as mulheres para estar alerta aos sinais sugestivos de câncer, fomentando o diagnóstico precoce e contribuindo para a redução do estágio de apresentação da neoplasia (BRASIL, 2018).

Estudos demonstram uma mudança substancial no nível de conhecimento de mulheres antes e após atividades educativas sobre câncer de mama. Um percentual aumentado de 76,4% no que tange a realização do autoexame das mamas foi notado entre mulheres do município de Orobó-PE, depois de participarem de intervenções de educação em saúde realizada por estudantes de enfermagem (SILVA *et al.,* 2011).

Embora a prevenção e promoção de saúde na APS seja atribuição comum entre todos os profissionais da equipe, o enfermeiro possui um importante leque de atuação específico para os cânceres de mama e colo uterino, sendo indispensável para o cumprimento das políticas públicas na atenção primária à saúde, incluindo tratamento e reabilitação (BRAGA *et al.,* 2017; TEIXEIRA *et al.,* 2017).

Através da consulta de enfermagem; exame clínico das mamas; coleta de material para exame citopatológico e o tratamento de lesões potencialmente precursoras de câncer cervical por Papiloma Vírus Humano (HPV), associado aos momentos de diálogo sob o uso de tecnologia educacional, há o fortalecimento do vínculo entre população adstrita e unidade de saúde, fundamental para a eficácia das estratégias implantadas no nível primário de assistência (CARVALHO *et al.,* 2019; LUZ, 2018).

Um estudo que buscou investigar as ações de detecção precoce do câncer de mama desenvolvidas por enfermeiros de Unidades Básicas de Saúde, concluiu que as ações educativas eram desenvolvidas por 66,1% dos profissionais. Diferença estatisticamente significativa entre os enfermeiros com menor tempo de atuação foi percebida quanto à orientação sobre a realização da mamografia, enquanto para enfermeiros mais experientes, com atuação superior a cinco anos, não houve estatística significativa para a realização dessas ações (MELO *et al.,* 2017).

A atuação dos profissionais dentro dos serviços de saúde pode tornar-se, ao longo dos anos, em uma assistência mecânica fincada sob a rotina sólida bem estabelecida. Paralelamente, a realização de atividades educativas exige disposição e criatividade e para elaborar meio capaz de atrair a atenção das usuárias e obter a disseminação do conhecimento de modo efetivo, podendo este ser um desafio a ser aprimorado na APS a partir da contribuição dos estudantes.

Visto isso, a elaboração e implementação de uma estratégia educativa para prevenção de neoplasias mamária e do colo do útero, por estudantes de enfermagem, constitui um recurso de ensino-aprendizagem singular em âmbito assistencial. O estudante se vê frente a um público que necessita de informação em linguagem acessível, desenvolvendo uma metodologia didática que seja capaz de atrair a atenção e alcançar a participação ativa dos usuários.

Enquanto o meio social proporciona crescimento pessoal e profissional a medida da troca de experiência impressa na vivência com público de diferentes idades, costumes, crenças e dúvidas. Contudo, compartilhando de um mesmo sentimento: o interesse pelo tema, razão pela qual 57,72% mulheres foram motivadas a participar de atividades preventivas contra o câncer de mama em outra pesquisa (SILVA *et al.,* 2011).

Dessa forma, é inegável as contribuições advindas da imersão do estagiário no serviço de saúde, evidenciando-se pontos positivos como o desenvolvimento de múltiplas competências (gerenciais e assistenciais) imprescindíveis durante à formação (RIGOBELLO *et al.,* 2018). Além disso, o estágio supervisionado possibilita ao discente a oportunidade de se autodescobrir como futuro profissional, e de vivenciar com os colegas de profissão, realidades distintas nos contextos que estão inseridos (EVANGELISTA, IVO, 2014).

Nesse escopo, é preciso reforçar que o perfil do futuro enfermeiro exige abarcar determinados aspectos, como: políticos, éticos e humanísticos o que contribui de maneira substancial para atuar como defensor e promotor de direitos da população cuidada. Deste modo, compreende-se que o cenário constituído pelo Estágio Curricular Supervisionado requer apenas profissionais com habilidades técnicas e científicas, mas também de raciocínio crítico e reflexivo para serem capazes de apreender e intervir no processo saúde-doença (RAMOS *et al.,* 2018) possibilitando um atendimento humano e holístico.

Nesta experiência, o Estágio Curricular Supervisionado, ratificou as competências estabelecidas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em

Enfermagem (DCN) (RAMOS *et al.*, 2018), exigidas para o perfil do futuro enfermeiro, dentre essas, a atenção à saúde, que neste estudo se expressou pela educação e promoção à saúde da mulher.

Ressalta-se, entretanto, que este estudo apresenta como limitação, relatar uma experiência sob a óptica apenas da elaboração e utilização de forma eventual em uma intervenção, não envolvendo a validação e avaliação de sua efetividade no conhecimento, comportamento, condutas do público-alvo frente as medidas preventivas para os cânceres em discussão.

Logo, sugere-se, que novas tecnologias e estratégias educativas sejam desenvolvidas no âmbito da enfermagem e propostas aos acadêmicos no decorrer da formação no âmbito do estágio curricular, para estimular o pensamento criativo e intervencionista e favorecer o aprimoramento do aprendizado na graduação e crescimento profissional para a práxis educativa em saúde da mulher.

4 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, relatou-se sobre a experiência de planejamento e implementação de uma estratégia de educação e promoção da saúde para prevenção dos cânceres de colo uterino e mama. Diante disso, nesta experiência o estágio possibilitou o desenvolvimento e incremento de habilidades para a prática de educação e promoção em saúde da mulher, além de fortalecer o trabalho em equipe desenvolvido junto à Unidade de Saúde e a comunidade local.

Acredita-se, que a prática de educação e promoção em saúde implementada neste estudo ratifica os pressupostos da integração entre ensino-serviço-comunidade, proporcionando, para o público-alvo a reflexão da figura feminina para o autocuidado em saúde, a adoção de práticas preventivas aos agravos em discussão e autonomia dos sujeitos para intervir nos determinantes e condicionantes da saúde no seio meio social.

REFERÊNCIAS

ALVES, Pricilla, Cândido *et al.* Efeitos de intervenção educativa no conhecimento e atitude sobre detecção precoce do câncer de mama. **Rev Rene.** v,20, n.40765. 2019.

BALDOÍNO, Luciana, Stanford *et al.* Educação em saúde para adolescentes no contexto escolar: um relato de experiência. **Rev enferm UFPE on line.** v.12, n.4, p:1161-1167. 2018.

BANDEIRA, Danieli. *et al*. Avaliação da coordenação da atenção por usuários dos serviços de atenção primária à saúde. **Reme,** v. 24, 2020.

BRAGA, Antônia, Nádia, Santos *et al.* **Cuidados da equipe de enfermagem para o controle e prevenção do câncer de mama.** Mostra Interdisciplinar do Curso de Enfermagem. 2017.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer,** Rio de Janeiro, 2020a. 6ª ed. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/livro-abc-5-edicao.pdf. Acesso em 15/04/2021.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **Detecção precoce do câncer de mama.** Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: https://www.inca.gov.br/controle-docancer- de-mama/acoes-de-controle/deteccao-precoce. Acesso em 15/04/2021.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **Controle do câncer do colo do útero: Conceito e magnitude**. Rio de Janeiro: INCA, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014.** Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** 2ª ed, Brasília: Ministério da Saúde. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS.** Brasília. 2014.

CARVALHO, David, Sousa *et al.* **Desafios do enfermeiro frente à detecção precoce do câncer de mama na atenção primária à saúde.** In: Neto, Benedito, Rodrigues, Silva. Ciências da saúde: da teoria a prática 2. Ponta Grossa, PR: Atena editora. p.171-182. 2019.

DUARTE, Anna, Gabryela, Sousa *et al.* Fatores associados ao desempenho de serviços da atenção primária à saúde. **Rev Bras Promoç Saúde.** v.23, p:8843. 2019.

ESTEVES, Larissa, Sapucaia, Ferreira *et al.* O estágio curricular supervisionado na graduação em enfermagem: revisão integrativa. **Rev Bras Enf.** v.71, n.4, p:1842-1853. 2018.

EVANGELISTA, Daniela, Lima, IVO, Olguimar, Pereira. Contribuições do estágio supervisionado para a formação do profissional de enfermagem: expectativas e desafios. **Revista Enfermagem Contemporânea.** v.3, n.2, p:123-130. 2014.

GOMES, Vitória, Mikaelly, Silva *et al.*, Mortalidade brasileira por câncer de cavidade oral. **Rev Soc Bras Clin Med**, v.16, n.3, p.164-1666, 2018.

LUZ, Phellype, Kayyaã. Construção e implementação de tecnologia educativa para promoção da saúde mamária: relato de experiência. **Reon Facema.** v.4, p:986-992. 2018.

MAIA, Joel, Dácio, Souza *et al.* A educação em saúde para usuários hipertensos: percepções de profissionais da estratégia saúde da família. **Rev Ciência Plural.** v.4, n.1, p:81-97. 2018.

MELO, Fabiana, Barbosa, Barreto *et al.* Ações do enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama. **Rev Bras Enferm.** v.70, n.6, p:1183-1193. 2017.

RAMOS, Tierle, Kosloski *et al.* Estágio curricular supervisionado e a formação do enfermeiro: atividades desenvolvidas. **Rev Enferm UFSM.** v.8, n.1, p:59-71. 2018.

RIGOBELLO, Jorge, Luiz *et al.* Estágio Curricular Supervisionado e o desenvolvimento das competências gerenciais: a visão de egressos, graduandos e docentes. **Esc Anna Nery.** v.22, n.2, p: 1-9. 2018.

ROMERO, Luis, Sauchay; SHIMOCOMAQUI, Guilherme, Barbosa; MEDEIROS, Ana, Beatriz, Rebêlo. Intervenção na prevenção e controle de câncer de colo uterino e mama numa unidade básica de saúde do nordeste do Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade.** v.12, n.39, p:1-9. 2017.

SCHMIDT, Alessandra *et al.* Estágio curricular supervisionado em uma estratégia de saúde da família: um relato de experiência acadêmico. **Extensio UFSC.** v.16, n.32, p:141-153. 2019.

SILVA, Andréa, Rosane, Sousa et al. Educação em saúde para detecção precoce do câncer de mama. **Rev Rene.** v.12, p:952-959. 2011.

TEIXEIRA, Michele, Souza *et al.* Atuação do enfermeiro da atenção primária no controle do câncer de mama acta paulista de enfermagem. **Acta Paul Enferm.** v.30, n.1, p:1-7. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Agency for Research on Cancer. **Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012.** Disponível em: https://gco.iarc.fr/. Acesso em: 15/04//2021.

CAPÍTULO 19

A HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM A MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Data de aceite: 01/08/2021

Lecy Renally Sampaio Rocha
Centro Universitário Unifanor

Rithianne Frota Carneiro
Docente do Centro Universitário Unifanor

Francisco Ricael Alexandre
Centro Universitário Unifanor

Eduardo Nunes da Silva
Centro Universitário Unifanor

Joane Sousa Silva
Centro Universitário Unifanor

Mírian Cezar Mendes
Centro Universitário Unifanor

Lourdes Ritielle Carvalho
Centro Universitário Unifanor

Dominiki Maria de Sousa Gonçalves
Centro Universitário Unifanor

Jovita Maria da Silva
Centro Universitário Unifanor

Laísa Ribeiro Bernardo
Centro Universitário Unifanor

Vinicius Costa Freire
Centro Universitário Unifanor

RESUMO: INTRODUÇÃO: A violência sexual é considerada como uma experiência de grande impacto negativo e traumático na vida das vítimas, causando dor, sofrimento, tal ato causa grandes repercussões na saúde física e emocional das vítimas, bem como alterações na vida produtiva e social. Deste modo, o presente estudo busca evidenciar na literatura a importância da ação humanista no atendimento de enfermagem prestado a mulheres vítimas de violência sexual, bem como descrever as ações de humanização e sua aplicabilidade durante a assistência, de modo a enfatizar o papel da enfermagem frente a observância de diretrizes de atendimento e procedimentos preconizados pela Política Nacional de Humanização e o Programa Mulher Viver Sem Violência. METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, do tipo revisão integrativa da literatura com caráter descritivo. A elaboração da pergunta norteadora visou o alcance de resultados relevantes na área da saúde da mulher.RESULTADOS E DISCUSSÃO: O cuidado de enfermagem a mulheres que sofreram esse tipo de violência deve ser bastante humanizado e individualizado, ter um olhar diferenciado, deve ser tirada qualquer dúvida, ganhar confiança, garantir um bom acolhimento, escuta qualificada a paciente, não fazer nenhum tipo de julgamento, para então ser criado um vínculo e assim, o profissional conseguirá promover o melhor atendimento possível, promovendo a segurança, proteção e conforto. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Sabe-se que a Enfermagem está presente em todos os momentos, desde o acolhimento até o acompanhamento, por isso que é preciso prestar um atendimento de qualidade e humanizado a paciente que foi violentada, já que a falta disso pode causar o afastamento da mulher com os serviços de saúde.

PALAVRAS - CHAVE: Abuso sexual. Enfermagem. Violência.

ABSTRACT: INTRODUCTION: Sexual violence is considered to be an experience of great negative and traumatic impact on the lives of the victims, causing pain and suffering, such an act has great repercussions on the physical and emotional health of the victims, as well as changes in the productive and social life. Thus, the present study seeks to highlight in the literature the importance of humanistic action in nursing care provided to women victims of sexual violence, as well as to describe humanization actions and their applicability during care, in order to emphasize the role of nursing in the face of the observance of service guidelines and procedures recommended by the National Humanization Policy and the Programa Mulher Viver Sem Violência. METHODOLOGY: This is a bibliographic search, of the type of integrative literature review with a descriptive character. The elaboration of the guiding question aimed at achieving relevant results in the area of women's health.RESULTS AND DISCUSSION: Nursing care for women who have suffered this type of violence must be very humanized and individualized, have a different look, any doubt, gain confidence, guarantee a good reception, qualified listening to the patient, do not make any kind of judgment, so that a bond will be created and thus, the professional will be able to promote the best possible service, promoting safety, protection and comfort. FINAL CONSIDERATIONS: It is known that Nursing is present at all times, from the reception to the follow-up, that is why it is necessary to provide quality and humanized care to the patient who has been raped, since the lack of this can cause withdrawal of women with health services.
KEYWORDS: Sexual abuse. Nursing. Violence.

1 | INTRODUÇÃO

A violência sexual é fenômeno universal que atinge mulheres de todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas. Ocorre em populações de diferentes níveis de desenvolvimento econômico e social, em espaços públicos e privados, e em qualquer etapa da vida da mulher (SAFFIOTI e ALMEIDA, 1995, p.218). É considerada um problema de saúde pública, diante da grande incidência de casos. Ela pode ter sido causada por agressões de pessoas que podem ou não possuir vínculo familiar com a vítima, podendo até mesmo ser um completo desconhecido, desse modo, a violência contra a mulher se expressa de formas múltiplas e complexas. A Organização Mundial da Saúde (OMS), define violência como “o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”.

Uma análise da OMS, a Escola de higiene de Londres e a Medicina Tropical e o Conselho Médio de Pesquisa Médica de 80 países descobriram que quase um terço (30%) de todas as mulheres que tiveram um relacionamento amoroso em todos eles sofreram lesões físicas e sexuais de seu parceiro. As estimativas de prevalência variam de 23,2% dos países de alta renda em 24,6% na região do Pacífico Ocidental para 37% na região

do Mediterrâneo Oriental de 37, 7% no sudeste da Ásia. Além disso, 38% de todos os assassinatos femininos foram cometidos por parceiros em todo o mundo. Além dos atos violentos cometidos pelos parceiros, 7% das mulheres em todo o mundo relatam que foram sexualmente assediadas por terceiros, embora os dados relativos ao assunto sejam mais limitados.

No momento atual os casos de violência sexual tornaram-se um objeto de estudo para muitos pesquisadores, necessitando de intervenções nas diferentes atribuições na sociedade pois, segundo Nascimento (2017) esse tipo de crime ainda é vivido por sigilo, vergonha e culpa.

A Lei Maria da Penha é uma normativa de prevenção, assistência e punição à violência doméstica contra as mulheres mais relevante do Brasil, promulgada em 2006. A partir de lutas femininas que insistiam em uma política mais incisiva de punição aos agressores e proteção às vítimas de violência. Criada para estabelecer certos mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra o ser feminino. Além disso, não é uma lei meramente punitiva, mas propôs que fossem garantidas medidas de proteção e prevenção à integridade física das mulheres. Buscou o empoderamento das mulheres para romper com a reprodução da violência de gênero na sociedade (MEDEIROS, 2018).

A violência sexual é considerada como uma experiência de grande impacto negativo e traumático na vida das vítimas, causando dor, sofrimento, tal ato causa grandes repercussões na saúde física e emocional das vítimas, bem como alterações na vida produtiva e social. As consequências dessa violência para as vítimas são inúmeras. Mulheres que sofreram violência sexual estão mais propensas ao desenvolvimento de sintomas psiquiátricos como transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), depressão, somatizações, tentativas de suicídio e uso de substâncias psicoativas. Além de estarem expostas a contrair infecções sexualmente transmissíveis (IST) e a terem gravidez indesejada.

Portanto, a necessidade da tomada de decisão para o enfrentamento e o desejo de seguir a vida conciliados com acompanhamento psicológico, físico e social são de extrema importância e de grande necessidade para a minimização do sofrimento, e válidas para demonstrar à vítima apoio e solidariedade. Pensando nisso, o atendimento humanizado de enfermagem a mulheres vítimas de violência sexual, tem surtido grandes efeitos e melhora na qualidade de vida que anteriormente tenha sido afetada.

O atendimento humanizado de Enfermagem requer um planejamento adequado para promover segurança, acolhimento, respeito e satisfação das necessidades de forma individualizada. Sendo a Enfermagem, na área de atendimento em saúde, a primeira a prestar os cuidados iniciais à vítima, acolhendo-a com ética, responsabilidade e empatia o sofrimento dessa mulher, buscando a melhor forma de cuidá-la, ouvindo seus medos, dúvidas e desejos. Por isso, esse planejamento deve ter como base os instrumentos básicos de enfermagem e políticas públicas de saúde.

Deste modo, o presente estudo busca evidenciar na literatura a importância da

ação humanista no atendimento de enfermagem prestado a mulheres vítimas de violência sexual, bem como descrever as ações de humanização e sua aplicabilidade durante a assistência, de modo a enfatizar o papel da enfermagem frente a observância de diretrizes de atendimento e procedimentos preconizados pela Política Nacional de Humanização e o Programa Mulher Viver Sem Violência.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, do tipo revisão integrativa da literatura com caráter descritivo. Para esta revisão foi utilizado o modelo proposto por Mendes, Silveira e Galvão (2008), onde sugere a execução de seis passos.

A elaboração da pergunta norteadora visou o alcance de resultados relevantes na área da saúde da mulher. Deste modo, a realização deste trabalho surgiu após o seguinte questionamento: *Quais os cuidados humanizados de enfermagem à mulheres vítimas de violência sexual?*

A busca ocorreu nas seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bases de Dados em Enfermagem (BDENF).

Foram utilizados os seguintes descritores: Abuso sexual, Enfermagem e Violência, onde foi realizado o cruzamento com o operador booleano AND, que permite a recuperação de trabalhos que apresentem os descritores selecionados para pesquisa.

Foi estabelecido os critérios de inclusão e exclusão para seleção dos estudos para revisão. Os critérios de inclusão são: trabalhos disponíveis, que abordem a temática desse estudo, publicados durante o período de 2015 a 2020. Como critério de exclusão, foram eliminados trabalhos incompletos, dissertações e teses, trabalhos repetidos nas bases de dados, artigos que não contemplassem os objetivos proposto por esse estudo.

Foi realizada a busca nas bases de dados LILACS, BDENF e SCIELO, por meio do cruzamento dos descritores selecionados, Abuso sexual, Enfermagem e Violência, com o operador booleano AND, onde resultou inicialmente em 149 artigos. Após a utilização dos critérios de inclusão e exclusão, foi obtido amostra final de 3 artigos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com Higa et al. (2006), o atendimento às mulheres vítimas de violência sexual alcança toda mulher pós-púbere, menopausa e não púbere maior de 14 anos que relate ter sido vítima de violência sexual das seguintes formas: estupro, atentado violento ao pudor com penetração oral e/ou anal ou sem penetração com ejaculação externa próxima à região genital; é disponibilizado durante as 24 horas; priorizado no momento em que a cliente chega ao serviço e em local privativo e tranquilo.

Conforme os estudos pode-se elaborar um perfil de vítimas que sofreram violência sexual. A faixa etária pode variar entre 12 a 18 anos e 30 a 39 anos, mulheres que geralmente estão na sua vida reprodutiva, que possuem o ensino fundamental completo e brancas. Os tipos de violência que mais foram encontrados é a psicológica e moral, através de ameaças; violência física por espancamento e violência sexual, através de penetração vaginal não concedida. Os agressores variam de cônjuges, ex-cônjuges, parentes próximos e até mesmos desconhecidos.

Quando uma mulher é violentada sexualmente, ela sofre, se isola, sente dor, se sente incapaz e mais um turbilhão de coisas, desde nojo, indignação, raiva à depressão, por isso a assistência também deve ser voltada ao psicológico da paciente. A busca por uma motivação que leve a vítima a falar sobre isso, pedir ajuda e denunciar é bem difícil e em alguns casos o que mais é usado como motivação é a maternidade, o medo do filho crescer sem a mãe presente ou incapacitada e a falta de proteção. A linha entre contar para alguém na esperança de receber ajuda ou só querer desabafar e o medo do julgamento é tênue.

Segundo Sales (2019), é clara a evidência da importância que o atendimento a vítima seja prestado por equipe interdisciplinar, no qual a atuação dos profissionais de saúde esteja considerando que a violência possui causas multifatoriais e que precisa de assistência interdisciplinar para um atendimento resolutivo, e outros profissionais que possuem contato direto com a paciente têm uma importância crucial na identificação, notificação e intervenção das situações de violência dentro de suas especificidades.

Foi observado que do ponto de vista dos profissionais, existe uma falta de capacitação para eles poderem lidar melhor com esse tipo de situação (SALES,2019).

Muitos profissionais conseguem ser empáticos e se colocam no lugar da vítima, isso ajuda muito no atendimento, mas ao mesmo tempo eles se sentem impotentes quando as vítimas não querem fazer a denúncia do agressor.

Por mais que se tenha no atendimento à mulher um comprometimento específico desses profissionais, é necessário que todos estejam centrados na sensibilização às questões de violência contra a mulher tendo que estar capacitados para acolher e ofertar suporte às suas demandas principais (SALES, 2019).

Segundo o Ministério da Saúde (2021), o acolhimento é visto como ato ou efeito de acolher e implica, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um "estar com" e "perto de", em outras palavras, uma atitude de inclusão, implementando uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde.

Para Portanto, o acolhimento é compreendido como o primeiro contato do profissional com a mulher que sofreu violência sexual proporcionará segurança, tanto física como emocional, e é visto pela equipe como importante fator para a adesão ao tratamento (Reis *et al*. 2010).

O atendimento de forma humanizada é um diferencial para garantir o fortalecimento dessa paciente que se encontra em momento tão difícil de fragilidade, contemplando suas necessidades emocionais. Destinada à consideração de sentimentos, desejos, concepções e ideias, a percepção da usuária sobre a situação vivida, suas possibilidades e consequências de enfrentamento. Além das questões concernentes à relação entre os profissionais e a mulher atendida, a continuidade da humanização requer a interlocução permanente da parceria dos demais da rede (SALES, 2019).

Reis *et al*. (2010) enfatiza que um dos fatores para a humanização da assistência é a motivação pessoal, que dá origem à ação e se transforma, isto é, modo de agir, torna a ação do cuidar mais humanizada. Considerando a competência técnica e uma assistência humanizada, o acolhimento será um dispositivo que vai muito além da simples recepção do cliente em uma unidade de saúde.

O atendimento a essas mulheres em situação de violência utilizando o parâmetro de escuta qualificada está baseado nos modelos recomendados pela Política de Humanização do SUS, nas vertentes do Direito Fundamental, na Declaração Universal dos Direitos Humanos e nas Políticas Públicas em Resolução Adequada de Disputas (Res. 125/2010 – CNJ).

Em março de 2013, o Programa Mulher Viver Sem Violência foi lançado com o intuito de reforçar o combate à violência sexual, propondo o fortalecimento e consolidação da rede integrada de atendimentos, garantindo atendimento de qualidade e humanizado às mulheres em situação de violência sexual. O mesmo possui seis estratégias de ação:

1-Casa da mulher Brasileira

2- Ampliação da central de atendimento à mulher

3- Organização e Humanização do atendimento às vítimas de violência sexual

4- Centros de atendimento às mulheres nas regiões de Fronteira

5- Campanhas continuadas de conscientização

6- Unidades móveis para atendimento às mulheres do campo e floresta. (Decreto n° 8.086, de 30 de agosto de 2013)

Inicialmente no atendimento a essas mulheres, é importante o estabelecimento de uma relação de respeito, empatia e confiança para que ela se sinta confortável para falar. Iniciar a entrevista com perguntas abertas e evitar induzir as respostas da vítima. Ler o Termo de Consentimento Informado e Preencher ficha de Atendimento Multiprofissional. (Decreto n°8.086)

Proporcionar acolhimento e escuta qualificada, pois a escuta abrange um tratamento digno, respeitoso, auxiliando o reconhecimento e aceitação das diferenças, respeitando o direito da mulher de decidir e consentir com as condutas ofertadas pela a assistência.

A habilidade de escutar, sem pré julgamentos, imposição de valores, capacidade de

lidar com conflitos, valorização das queixas e angústias e a identificação das necessidades são pontos básicos para o acolhimento efetivo, capaz de incentivar a vítima a falar seus sentimentos e necessidades.

É de suma importância respeitar a fala da vítima, auxiliando-a a expressar seus sentimentos e buscar a autoconfiança, sem interrompe-la em suas falas, utilizar linguagem simples, aproximativa, inteligível e condizente com a situação da vítima.

Após a identificação e avaliação das necessidades e riscos de agravos em que a vítima está inserida, busca-se solucionar cada ponto, conforme a capacidade técnica do serviço em que ela foi atendida, se necessário, encaminha-la para serviços específicos priorizando o atendimento de acordo com as necessidades detectadas.

Garantindo que a privacidade da vítima seja mantida, confidencializando suas informações. Evitando que ela seja exposta a mais situações constrangedoras e perturbadores.

O atendimento de pessoas em situação de violência sexual obedece ao cumprimento dos princípios de sigilo, de ética e segredo profissional. A Constituição Federal, artigo 5°, garante que “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização material ou moral decorrente de sua violação”. O artigo 154 do Código Penal Brasileiro caracteriza como crime “revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem” (SALES, 2019).

O processo de escuta ativa estabelece relação permitindo confiança entre o profissional de saúde que está atendendo e a vítima, o que facilita a superação da vivência traumática. Providenciar a vítima espaço para uma conversa amistosa principia a criação do apoio emocional, o qual permite que a mulher em atendimento entre em contato com a equipe de saúde de maneira menos defensiva e possa iniciar o processo afim de atenuar o trauma. Permitindo também minimizar o dano emocional e aderir à profilaxia prescrita. Sendo indispensável que o profissional de saúde promova ambiente de confiabilidade, empatia e disponibilize tempo para ouvir a usuária. Além do aconselhamento para a adesão aos antirretrovirais, o aconselhamento deve incluir medidas específicas que englobe outras questões (SALES, 2019).

Por tanto para SALES(2019), é importante ressaltar que profissional deve manter o compromisso do sigilo para conquistar a confiança que precisa para a exposição da situação, bem como para possibilitar o atendimento.

O comprometimento de confidência é essencial para conquistar a confiança necessária não só à revelação da situação como à continuidade do atendimento. O sigilo no atendimento é conseguido principalmente pela postura ética dos profissionais envolvidos, e isso inclui o cuidado com a utilização de registros, anotações, e a adequação da comunicação entre a equipe devem ser incluídos (SALES, 2019).

Durante o atendimento são os enfermeiros que poderão ouvir pela primeira vez

o relato da experiência, o desabafo, por isso não devem julgar, questionar algo, devem confortar ao máximo aquela paciente, para promover restabelecimento da sua saúde. O cuidado de enfermagem a mulheres que sofreram esse tipo de violência deve ser bastante humanizado e individualizado, ter um olhar diferenciado, deve ser tirada qualquer dúvida, ganhar confiança, garantir um bom acolhimento, escuta qualificada a paciente, não fazer nenhum tipo de julgamento, para então ser criado um vínculo e assim, o profissional conseguirá promover o melhor atendimento possível, promovendo a segurança, proteção e conforto. A garantia de um bom atendimento pode ajudar as mulheres no processo de motivação, pois é criada uma rede de apoio junto com a família e instituições de saúde, então ela não se sente sozinha, muito menos desamparada.

Reis *et al*. (2010) afirma que o enfermeiro necessita organizar um conjunto coerente de conhecimentos e de experiências em face dessa situação concreta, de forma que a assistência à mulher não seja causadora de sofrimento e angústia. Ao prestar esses cuidados, o profissional certamente será confrontado com tensões emocionais complexas causadoras de conflitos pessoais internos. Contudo, o enfermeiro prossegue suas ações, uma vez que seu objetivo é atender à mulher.

O profissional ao deparar-se com um caso como este, deve prestar uma assistência planejada, afim de que, transmita e assegure a mulher respeito, humanização, acolhimento e resguardo. O primeiro contato que a mulher terá ao procurar o serviço de saúde, será com o enfermeiro. Então, o acolhimento é de suma importância no cuidado humanizado devendo proporcionar, compreensão respeitando a totalidade do indivíduo, ter uma escuta ativa e sensível, ser solícito e solidário. Deste modo, caracterizando uma qualidade no cuidado e vinculando o prestador do cuidado ao paciente. O respeito a integralidade do atendimento da vítima, faz-se necessário para que a singularidade e a particularidade da mulher sejam validadas, e, assim elucidando ferramentas e uma rede de apoio afim de minimizar os efeitos da violência (FREITAS, Rodrigo et al, 2017).

O empoderamento do profissional de enfermagem é essencial para instigar a equidade de gênero. Sendo assim, não atuando apenas no cuidado físico, mas também, utilizando de seu entendimento para repassar informações e serviços disponíveis para ampará-las e aconselhá-las de forma adequada. Portanto, o enfermeiro não deve agir apenas nos agravos físicos, mas como agente promotor da saúde devendo enfrentar e combater a herança e o ciclo contínuo cultural da violência contra mulher, que ainda perpetua na sociedade brasileira (CORTES, Laura et al, 2015).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do que foi exposto pelos estudos sabe-se que a Enfermagem está presente em todos os momentos, desde o acolhimento até o acompanhamento, por isso que é preciso prestar um atendimento de qualidade e humanizado a paciente que foi violentada,

já que a falta disso pode causar o afastamento da mulher com os serviços de saúde, podendo prejudicar a recuperação da paciente e a falta de conhecimento da existência de mulheres que estão passando por esse tipo de situação.

REFERÊNCIAS

BATISTETTI LT, Lima MCD, Souza SRRK. A percepção da vítima de violência sexual quanto ao acolhimento em um hospital de referência no Paraná. **Rev Fun Care Online**. 2020 jan/dez; 12:169-175. DOI: http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7191. Disponível em: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7191/pdf_1. Acesso em: 21 jun. 2020.

BOZZO, Ana Clara Borborema; MATOS, Giovanna Canesin; BERALDI, Lívia Parizi; SOUZA, Mônica Dilene de. Violência doméstica contra a mulher: caracterização dos casos notificados em um município do interior paulista. **Revista Enfermagem UERJ**, [S. l.], ano 2017, v. 25,2017. DOI https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.11173. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/10/915847/11173-102851-1-pb_72y9jjr.pdf. Acesso em: 21 jun. 2020.

CORTES, Laura; PADOIN, Stela; VIEIRA, Letícia; LANDERDAH, Maria; ARBOIT, Jaqueline. Cuidar mulheres em situação de violência: empoderamento da enfermagem em busca de equidade de gênero. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, ano 2015, v. 36, n. especial, p. 77-84, 2015. DOI https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.57162. Disponível em: : www.scielo.br/rgenf Rev Gaúcha Enferm. 2015;36(esp):77-84. 77 www.seer.ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem. Acesso em: 5 maio 2021.

FORNARI, Luciana Fabiana; LABRONICI, Liliana Maria. O processo de resiliência em mulheres vótimas de violência sexual: uma possibilidade de cuidado. **Revista Cogitare Enfermagem UFPR**, *[S. l.]*, v. 23, n. 1,2018. DOI http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.52081. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882624/52081-222583-1-pb.pdf. Acesso em: 21 jun. 2020.

FREITAS, Rodrigo; SOUSA, Viviane; FEITOSA, Rúbia; MONTEIRO, Ana; MOURA, Natana. Atuação dos enfermeiros na identificação e notificação dos casos de violência contra a mulher. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 43, n. 2, p. 91 - 97, abril/junho 2017. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-946414. Acesso em: 4 maio 2021.

HIGA, Rosângela; MONDACA, Aurélia; REIS, Maria; LOPES, Maria. Atendimento à Mulher vítima de violência sexual: Protocolo de Assistência de Enfermagem. Rev Esc Enferm USP, São Paulo, ano 2008, v. 42, n. 2, p. 377-382, 13 jun. 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a22.pdf. Acesso em: 7 maio 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Norma Técnica para a Atenção à Humanização às Pessoas em Situação de Violência Sexual. 1° Edição, Brasília-DF. 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf. Acesso em: 5 maio 2021.

MEDEIROS, Mariana Pedrosa; ZANELLO, Valeska. Relação entre a violência e a saúde mental das mulheres no Brasil: análise das políticas públicas. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 18, n. 1, p. 384-403, 2018.

NUNES , M. C. A. LIMA, R. F. F., MORAIS, N. A. Violência Sexual contra Mulheres: um Estudo Comparativo entre Vítimas Adolescentes e Adultas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 37(4), 956-969, 2017

MENDES, K.D.S; SILVEIRA, R.C.C.P; GALVÃO, C.M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. Texto & contexto enfermagem, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/714/71411240017.pdf. Acesso em: 6 de set 2020.

MOTA, Juliana Arrais; AGUIAR, Ricardo Saraiva. Percepções de enfermeiros da atenção primária no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual. **Revista Nursing**, *[S. l.]*, p. 3648-3651, 26 jun. 2020. Disponível em: http://www.revistanursing.com.br/revistas/262/pg31.pdf. Acesso em: 26 jun. 2020.

NASCIMENTO, I. R. G. do et al. Violência sexual: entendimentos e inconclusões. 2017.Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/bitstream/riufcg/5985/1/IANNE%20RIBEIRO%20GOMES%20DO%20NASCIMENTO.%20TCC.%20LICENCIATURA%20EM%20PEDAGOGIA.2017.pdf>. Acesso em 03 de maio de 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE: Dia Laranja: compreendendo e abordando os vários tipos de violência contra as mulheres 2018, Disponivel em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5703:dia-laranja-compreendendo-e-abordando-os-varios-tipos-de-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=820. Acesso em 04/05/2021.

REIS, Maria José dos et al. Vivências de enfermeiros na assistência à mulher vítima de violência sexual. **Rev. Saúde Pública** *[online]*. 2010, vol.44, n.2 [cited 2021-05-05], pp.325-331. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000200013&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0034-8910. https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000200013.

SAFFIOTI, H.I.B., ALMEIDA, S.S. Violência de gênero: poder e impotência. Rio de Janeiro: Revinter, 1995, 218p.

TRIGUEIRO, T.H. et al. Vítimas de violência sexual atendidas em um serviço de referência. **Revista Cogitare Enfermagem**, *[S. l.],* v. 20, n. 2, p. 249-56, 2015. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1251/40355-157202-1-pb.pdf. Acesso em: 21 jun. 2020.

SALES, Erica Rocha de. Assistência de enfermagem às mulheres vítimas de violência sexual. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 04, Ed. 02, Vol. 01, pp. 140-158. Fevereiro de 2019. ISSN: 2448-0959

CAPÍTULO 20

O IMPACTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR NO CONTEXTO DA PANDEMIA

Data de aceite: 01/08/2021

Data de submissão: 01/07/2021

Janaina Moreno de Siqueira
Mestre em Enfermagem e Saúde Coletiva
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro-RJ
https://orcid.org/0000-0002-9806-6352

Ana Luiza da Silva Carvalho
Graduanda em Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro-RJ
https://orcid.org/0000-0002-8331-1511

Juliana Barros de Oliveira Corrêa
Graduanda em Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro-RJ
https://orcid.org/0000-0002-1334-9266

Nathália Claudio Silva da Fonseca
Graduanda em Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro-RJ
https://orcid.org/0000-0001-5748-6230

Rita de Cássia da Silva Brito
Graduanda em Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro-RJ
https://orcid.org/0000-0003-3885-8726

Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza
Professora Doutora em Enfermagem
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro-RJ
https://orcid.org/0000-0002-2936-3468

Ana Inês Sousa
Professora Doutora em Enfermagem
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro-RJ
https://orcid.org/0000-0002-0214-0723

Sheila Nascimento Pereira de Farias
Professora Doutora em Enfermagem
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro-RJ
https://orcid.org/0000-0001-5752-265X

RESUMO: Objetivo: identificar evidências científicas disponíveis na literatura sobre o impacto da Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher na perspectiva dos direitos humanos no campo da saúde coletiva das usuárias da Estratégia Saúde da Família no contexto da Pandemia do COVID-19.**Método**: revisão integrativa de artigos indexados nas bases *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE),*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*(CINAHL) e a Base de Dados Fonte Acadêmica. Utilizaram-se os descritores MesH *human rights, covid-19, violence against women, nursing,* e os descritores DeCS direitos humanos,covid-19,violência contra mulher, enfermagem, combinados com o operador boleano AND. Foram incluídos artigos que elencassem os fatores de risco da violência contra a mulher, direitos humanos e enfermagem publicados entre 2020 e 2021, período pandêmico, nos idiomas inglês, português e espanhol, e excluídos relatos de casos informais, capítulos de livros, dissertações, teses, reportagens, notícias,

editoriais, textos não científicos e artigos sem disponibilidade do texto na íntegra *on-line*. **Resultados**: A busca resultou em 160 artigos que após aplicados os critérios de exclusão e adequações relacionadas à pergunta de pesquisa, foram selecionados 21. Foi evidenciado a maioria dos estudos no campo da enfermagem. **Conclusão**: a violência se mostra implícita nos serviços de saúde, não sendo a queixa principal que leva as mulheres às unidades de atendimento, pois a violência dentro do ambiente doméstico ainda é invisível tanto para a mulher que sofre com a violência quanto para os profissionais de saúde e a sociedade em geral, exigindo um olhar diferenciado dos profissionais e poder público.
PALAVRAS - CHAVE: Direitos humanos,covid-19,violência contra mulher, enfermagem.

THE IMPACT OF DOMESTIC AND FAMILY VIOLENCE IN THE CONTEXT OF THE PANDEMIC

ABSTRACT: Objective: to identify scientific evidence available in the literature on the impact of Domestic and Family Violence against Women from the perspective of human rights in the field of collective health of users of the Family Health Strategy in the context of the COVID-19 Pandemic. **Method:** integrative review of articles indexed in the Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) and the Academic Source Database. The descriptors MesH human rights, covid-19, violence against women, nursing, and the descriptors DeCS human rights, covid-19, violence against women, nursing, combined with the Boolean operator AND, were used. Articles listing the risk factors for violence against women, human rights and nursing published between 2020 and 2021, pandemic period, in English, Portuguese and Spanish, were included, and informal case reports, book chapters, dissertations, theses were excluded, reports, news, editorials, non-scientific texts and articles without availability of the full text online. **Results:** The search resulted in 160 articles that after applying the exclusion criteria and adjustments related to the research question, 21 were selected. Most studies in the field of nursing were evidenced. **Conclusion:** violence is shown to be implicit in health services, not being the main complaint that leads women to care units, as violence within the domestic environment is still invisible both for women who suffer from violence and for health professionals. health and society in general, requiring a differentiated look from professionals and public authorities.
KEYWORDS: Human rights, covid-19, violence against women, nursing.

INTRODUÇÃO

O aumento da violência, especificamente à doméstica e familiar contra mulheres (VDFM), tem proliferado nas condições criadas pela pandemia do Covid-19, este tipo de violência tem se disseminado, criando uma segunda onda de medo, a do “terrorismo íntimo”. Tornou-se um dos principais problemas enfrentados pela sociedade contemporânea, figurada na dominação masculina, hoje mais do que nunca, travestiu-se num discurso de ódio proferido publicamente, principalmente, por homens brancos e de classe média, heteronormativos contra os direitos humanos e às diferenças, e configurou-se como o principal traço da política ocidental e brasileira (ROESCH,2020; GOMES,2021).

A violência de gênero é compreendida como qualquer ato que tem como efeito o dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico às mulheres, tratando-se de um fenômeno que influência fortemente o modo de viver, adoecer e morrer desse grupo social. Assim a compreensão de que sua motivação é baseada no gênero representa o reconhecimento de que se trata de uma violação de direitos humanos (STUKER et al.,2020).Não obstante, a Pandemia fez emergir essa questão, visto que globalmente, tem sido proporcional a relação do aumento do número de chamadas para os telefones de emergência policial para este tipo de casos, a medida da expansão do Covid-19, quando as pessoas precisam seguir o isolamento social para poder diminuir o risco de contágio durante a Pandemia(DUNCAN,2020;GRAHAM-HARISSON,2020).

Sobrevém que, um dos principais desafios da saúde global está na oferta de serviços essenciais com suporte ao financiamento sustentável, apoio a pesquisa em saúde sobre problemas emergentes, do reconhecimento de crises de saúde públicas, que exigem compromisso político e cooperação internacional sobre os determinantes sociais e de saúde (MENDONÇA, 2019).

Sob tal prisma esta revisão aponta a necessidade de estudo das violações dos direitos humanos das usuárias na Atenção Primária em Saúde (APS) no contexto da pandemia do coronavírus que fez emergir a necessidade mundial de repensar as medidas de combate a violência contra as mulheres. Nesse sentido, faz-se necessário evidenciar a dinâmica de violência contra a mulher no contexto da Estratégia saúde da família, de usuárias do SUS atendidas pela Enfermagem, em áreas de grande vulnerabilidade social.

Ressalta-se que este tipo de violência se faz presente em todas as nações, uma vez que a discrepância das desigualdades socioeconômicas e étnico-raciais se entrelaçam às hierarquias de gênero. No entanto, é preciso atentar para seus fatores explicativos e agravantes, de modo a construir possibilidades de enfrentamento que, além de mitigar os efeitos da pandemia, se perdurem após esta (STUKER,2020).

Logo, se faz necessário um estudo ações voltadas no combate a violência pautada nos direitos humanos das usuárias da estratégia saúde da família, na qual a enfermagem deve ter uma participação ativa de todo o processo, inclusive com ações inovadoras pautadas em pesquisas científicas, através da oitiva dos cidadãos.

Em vista disso e da pesquisa do tema para a saúde, o objetivo deste estudo foi identificar as evidências científicas disponíveis na literatura que versem sobre a discussão a violência contra a mulher e as estratégias de proteção dos direitos humanos em meio a Pandemia do coronavírus.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa. Para a construção do presente estudo, percorreram-se seis etapas. Para nortear a formulação da questão de pesquisa, realizada

na primeira etapa de construção deste estudo, foi utilizada a estratégia PICo, metodologia empregada para a elaboração da pergunta para a busca de evidências na literatura. Dessa forma, a questão de pesquisa foi estruturada em: P (Mulheres/ women); I (Violência contra a mulher/ Violence against women) e (Direitos humanos/human rights); Co (violência na pandemia do coronavírus/ violence in the coronavirus pandemic). Foi considerada como pergunta do estudo: "Quais as implicações nos direitos humanos que a pandemia trouxe para as mulheres moradoras dos territórios vulnerabilizados no enfrentamento da Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher (VDFM) no contexto da pandemia do coronavírus?

Na segunda etapa, foram determinados como critérios de inclusão: Foram incluídos artigos que elencassem os fatores de risco da violência contra a mulher, direitos humanos e enfermagem publicados entre 2020 e 2021, período pandêmico, nos idiomas inglês, português e espanhol em busca das evidências sobre a temática.

Utilizou-se como bases de dados na revisão integrativa da literatura: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e a Base de Dados Fonte Acadêmica. Utilizaram-se os descritores MesH *human rights, covid-19, violence against women, nursing,* e os descritores DeCS direitos humanos, covid-19, violência contra mulher, enfermagem, combinados com o operador boleano AND. Devido às características específicas de cada base de dados, as estratégias de busca foram adaptadas de acordo com o objetivo e os critérios de inclusão deste estudo.

Foram excluídos estudos sem determinação de metodologia clara, relatos de casos informais, capítulos de livros, dissertações, teses, reportagens, notícias, editoriais, textos não científicos e artigos sem disponibilidade do texto na íntegra *on-line*. A busca resultou em 160 artigos que após aplicados os critérios de exclusão foram selecionados artigos, dentre os quais 08 eram da área de enfermagem,06 de saúde coletiva,01 de medicina, 03 de ciências sociais, 01 de segurança pública, 01 de relações internacionais e 01 de direito.

Os critérios de elegibilidade foram aplicados nos resumos/abstracts/resumen. A seleção dos artigos utilizados foi realizada, inicialmente, por uma leitura prévia do resumo, a fim de verificar sua relação com o tema, para então proceder a leitura do artigo na íntegra. Assim foram selecionados nesta etapa 08 artigos que cruzaram com o campo da enfermagem.

No terceiro estágio, os textos completos foram avaliados quanto à validade metodológica, por dois revisores. Os estudos foram classificados quanto ao nível de evidência, de acordo com categorização, classificados em 1A (revisão sistemática), 1B (ensaio clínico controlado e randomizado), 2A (revisão sistemática de estudos de coorte, 2B (estudo de coorte e ensaio clínico randomizado de menor qualidade), 2C (resultados de pesquisas), 3A (revisão sistemática de estudo de caso-controle), 3B (estudo de caso-controle), 4 (relatos de casos) e 5 (opinião de especialistas e revisão não sistemática).

Na quarta etapa, foi realizada a leitura e interpretação dos textos selecionados através

do preenchimento de um instrumento previamente elaborado pelo autor para a obtenção das informações necessárias para análise. Para cada estudo primário incluído, elaborou-se um quadro síntese contendo as seguintes informações: autor, ano de publicação, tipo de estudo, nível de evidência, objetivo e principais resultados.

RESULTADOS

Dentre os artigos analisados, apenas um (37,5%) foi resultado de pesquisas. Os demais correspondem a artigos de revisão sistemática, como mostra a figura 1, com as características dos estudos selecionados.

AUTOR	ANO DE PUBLICAÇÃO	TIPO DE ESTUDO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA	OBJETIVOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
DA COSTA BEZERRA, Ísis .; CARDOSO DA ROCHA, R. .; LUCAS PEREIRA GUIMARÃES, G. .; DOS SANTOS SANTANA, S. .; CUNHA SILVA, Q. G. .; COSTA TAVARES, P. P.	2020	Estudo descritivo e retrospectivo	1 A	Analisar a comparação entre os dados disponíveis no DATASUS e Instituto de Segurança Pública do Estado do Rio de Janeiro referentes à violência contra a mulher	O Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde pode contribuir para o desenvolvimento de novas políticas no enfrentamento à violência contra a mulher pois seus dados fornecem as informações para a criação de projetos, leis e métodos de educação em saúde.
Fornari LF, Lourenço RG, Oliveira RNG, Santos DLA, Menegatti MS, Fonseca RMGS.	2021	Estudo documental de abordagem qualitativa.	1 A	Conhecer as estratégias de enfrentamento da violência doméstica contra a mulher divulgadas pelas mídias digitais no início da pandemia de COVID-19	A maior parte das estratégias foram adaptações de serviços já existentes, centradas na denúncia da violência pelas mulheres.
Vieira-Meyer, Anya Pimentel Gomes Fernandes et al.	2021	Dados quantitativos primários (e.g., questionários com ACS) e secundários (e.g., IDH, homicídio, analfabetismo, cobertura do Programa Bolsa Família [PBF] e da Estratégia Saúde da Família [ESF]) foram utilizados	2 C	Averiguar a relação da COVID-19 com variáveis de vulnerabilidade social em Fortaleza e verificar a influência da violência no trabalho do ACS e suas implicações no enfrentamento da COVID-19	A construção de uma política de enfrentamento da COVID-19, com participação do ACS, precisa levar em consideração, além de seu adequado treinamento na prevenção e detecção de COVID-19, ações intersetoriais para o enfrentamento e prevenção da violência no território

Vieira, Pâmela Rocha, Garcia, Leila Posenato e Maciel, Ethel Leonor Noia	2020	Revisão de literatura	5	O artigo busca estabelecer algumas relações entre o isolamento social durante a pandemia da COVID-19 e o aumento da violência contra as mulheres, levando em conta o contexto de uma sociedade patriarcal.	Após análise dos autores, denota-se que ainda são incipientes os dados publicados pela imprensa de diversos países, bem como relatórios de organizações internacionais e organizações direcionadas ao enfrentamento da violência doméstica
Mota AR, Machado JC, Santos N de A, Simões AV, Pires VMMM, Rodrigues VP.	2021	Pesquisa descritiva, qualitativa, realizada com 17 enfermeira (o) s das Unidades de Saúde da família de um município baiano. Os dados foram coletados por entrevistas semiestruturadas e organizados pela técnica de análise de conteúdo.	2C	Identificar a concepção de cuidar da mulher em situação de violência conjugal para as (os) enfermeiras da Estratégia Saúde da Família e descrever o cuidado desenvolvido à mulher em situação de violência conjugal pela (o) enfermeira (o)	A capacitação profissional propicia a ressignificação do cuidado à mulher em situação de violência conjugal, visando à integralidade.
Machado, Dinair Ferreira et al. Violência contra a mulher: o que acontece quando a Delegacia de Defesa da Mulher está fechada?	2020	Estudo transversal, com base nos BOs realizados no período de um ano (2013/2014).	2C	Analisa as diferenças entre os casos de violência contra a mulher, formalizados em boletins de ocorrência (BO) na Delegacia de Defesa da Mulher (DDM), durante a rotina dos formalizados nas Delegacias Civis durante os plantões policiais, em um município de médio porte do interior paulista	Maior gravidade das ocorrências no período em que a DDM está fechada. Deste modo, falta às mulheres um serviço especializado de acolhimento e ampla garantia de direitos nos períodos de maior risco e vulnerabilidade.
Mazuí MMGS, Poll MA, Tier CG, Lana LD.	2020	Pesquisa do tipo documental, com busca aos Boletins de Atendimentos da Brigada Militar no período de 2014.	1A	Caracterizar os atendimentos efetuados pela Brigada Militar do 1º Batalhão de Policiamento de Área de Fronteira (1º BPAF) enquadrados como violência contra a mulher na Lei Maria da Penha.	Conclui-se que, ao se conhecer a violência do município, novas práticas sociais e ações de saúde podem ser estruturadas.

Oliveira GL, Santos NA, Machado JC, Pires VMMM, Morais RLGL, Rodrigues VP.	2020	Pesquisa qualitativa, realizada com 24 profissionais das Unidades de Saúde da Família de um município do interior baiano. As informações emergiram de entrevista semiestruturada organizadas pela análise de conteúdo temática.	2C	Compreender a violência doméstica contra a mulher na percepção das equipes de Saúde da Família.	Destaca-se a necessidade de capacitação das equipes de saúde da família para a identificação e manejo adequado dos casos de violência doméstica contra a mulher, visando o cuidado integral

Figura 1: Síntese dos artigos selecionados. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021.

Fonte: Autores, 2021.

DISCUSSÃO

A violência dentro do ambiente doméstico ainda é invisível tanto para a mulher que sofre com a violência quanto para os profissionais de saúde e a sociedade em geral, exigindo um olhar diferenciado dos profissionais e poder público, salienta-se o receio em realizar busca ativa desses casos (PEREIRA DE SOUZA,2021; VIEIRA,2020;SALETTI-CUESTA,2020).

A partir da análise dos artigos selecionados, os resultados encontrados foram estratificados em duas categorias conforme o objetivo do estudo.

A violência contra a mulher atendida na ESF no cenário pandêmico: uma contribuição da enfermagem

Salienta-se que se faz necessário a inserção de políticas públicas, durante e pós-pandemia que percebam e foquem nestas questões de gênero, garantindo medidas de acesso a saúde e a proteção das mesmas, e ainda é preciso ações eficazes que incluam e perdurem para esta fatia da população que na maioria das vezes estão no estrato mais baixo da economia, ganham salários menores e muitas vezes são as que enfrentam maiores riscos sociais (MACHADO,2020;JORGE CANUTO,2020).

Neste momento histórico, o que vemos ao redor do mundo na maioria das vezes são lideranças narcisistas que em meio a pandemia por coronavírus exacerbam a brutalidade e inflamam o ódio às pessoas que já estão sendo obrigadas abruptamente por conta da Pandemia, a um nível de stress muito grande. Assim as desigualdades sociais, e de gênero e a marginalização das comunidades vulneráveis passam ser uma ferida aberta que necessitam de cuidados , atenção e medidas de saúde pública eficazes tanto quanto os acometidos pelo Covid-19.E apostando na saúde pública e segurança que os governos podem garantir um futuro melhor para as populações mais jovens no mundo(FAUSTINO,2020).

No entanto, o que se observa em várias partes do mundo, é que as medidas de

isolamento e de combate a violência não tem sido uniforme e nem sempre tem partido diretamente dos governos. A exemplo, a Espanha onde as regras de bloqueio foram extremamente rigorosas registrou um aumento a cerca de 18% no número de casos de violência contra a mulher, concomitantemente a França registrou um aumento de cerca de 30% (GRAHAM-HARISSON,2020).

Em contrapartida, segundo um levantamento feito em abril pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública a pedido do Banco Mundial, os registros de boletins de ocorrência diminuíram neste período, o que reflete a dificuldade de realizar a denúncia durante o isolamento. No entanto, o aumento dos números de feminicídio no mesmo período deixa claro o tamanho do problema (ANUÁRIO BRASLEIRO DE SEGURANÇA... 2020).

Todavia, afirmar que o contexto da pandemia provocada pelo novo coronavírus tem impactado nos casos de VDFM sem situar que este tipo de crime é baseado no gênero põe em risco sua compreensão mais profunda, além de induzir a percepções que abordam o fenômeno como algo “natural”, motivado simplesmente pelo convívio social entre os envolvidos (RIBEIRO MOTA, 2020).Neste sentido, um estudo sobre o impacto da violência na qualidade de vida dos usuários da estratégia saúde da família, afirma que há banalização da violência no contexto da Atenção Primária em Saúde , e os usuários tem dificuldades em identificar a violência sofrida, quando não há lesão corporal(SIQUEIRA,2021).

Em consonância a vulnerabilidade financeira e a dependência econômica são obstáculos às possibilidades de as mulheres em situação de violência doméstica romperem com essas situações, segundo estudos de “CHERON e SEVERO, 2010; COHRE, 2015; GOMES et al., 2012; LARRAURI, 2008; SOUZA e ROS, 2006”. (DISOC, 2020). Logo, o possível aumento das situações de estresse geradas pela pandemia, como o consumo abusivo de álcool e outras drogas também operam como mecanismos agravantes, pois aumentam a impulsividade dos sujeitos (LOBO, 2020). Ressalta-se que consoante com o isolamento social esses fatores agem como agravantes e não como causas da VDFM. Paradoxalmente o impacto da quarentena na prestação dos serviços de atendimento como os das instituições de segurança pública, justiça e assistência social, globalmente, também é uma condição agravante (OLINDA,2020).

Os direitos humanos na contemporaneidade uma abordagem no contexto da saúde

O direito a saúde, insere-se nos direitos fundamentais, sendo considerado um direito humano primordial, e sua garantia torna-se condição fundamental para o exercício dos demais direitos, no entanto para sua efetivação se faz necessário o fortalecimento da democracia e dos direitos fundamentais, todavia, atualmente, nesse período pandêmico, emerge o impasse “*que os direitos humanos atualmente atravessam enquanto linguagem capaz de articular lutas pela dignidade é, em larga medida, um espelho de exaustão epistemológica e política que assombra o Norte Global”.* (OLIVEIRA, 2019). Logo, compreende-se que os direitos humanos se tornaram um mínimo denominador comum de

direitos, que muito pouco enfrenta a sua verdadeira essência que é a grande luta contra a opressão e as injustiças que afetam a humanidade em termos globais, opressão e injustiças criadas pelo capitalismo, pelo colonialismo e pelo patriarcado, visto que a crise econômica global viola o direito à saúde logo se faz necessário descolonizar as ações (OLIVEIRA, 2019).

Sob tal prisma ao estudar os direitos humanos no contexto da saúde coletiva corrobora a compreensão do enfrentamento da violência doméstica e familiar contra as mulheres no contexto do novo coronavírus e passa pela necessidade de situar como a pandemia interfere nesse tipo de violência, sobretudo, em contextos onde os infortúnios desta violência compõem fortemente a realidade social em que essas mulheres se encontram (STUKER, 2020).Historicamente, a visão de futuro prevista nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), abarca um mundo de respeito universal aos direitos humanos e à dignidade humana, à democracia, ao Estado de direito, à justiça, à igualdade e à não discriminação, à educação para todos com igualdade de oportunidades, que permita a plena realização do potencial humano e contribua para a prosperidade compartilhada (DUDH,ODS,2019).Ocorre que a Agenda 2030 dá continuidade e aprofunda a pactuação pela promoção do desenvolvimento humano já realizado no período de 2000 a 2015, com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)(DUDH,ODS,2019).

Nesse ínterim, o Brasil em 2019, implementou a Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180, com atendimento que recebe denúncias de violência. Destaca-se que os dados acerca dos atendimentos internacionais efetuados no ano de referência, apontam um aumento nas ligações em 2019 em comparação a 2018, foi registrado aumento de atendimentos de mulheres brasileiras em 100,00% na Bolívia, 250,00% nos Estados Unidos, 250,00% em Portugal, 100,00% na Venezuela. No âmbito Nacional, sobreleva-se, que as violações mais recorrentes registradas foram referentes a violência doméstica e familiar,78,96%, dividas nas seguintes categorias:61,11% violência física; 19,85% violência moral; 6,11% tentativa de feminicídio (MMFDH,2020).

Ocorre que a violência é um problema de saúde pública que perpassa populações, e pode-se agravar quando há disponibilidade de acesso a armas de fogo porque sabe-se que as mulheres que encontram-se em lares com essa disponibilidade durante o isolamento social podem ter cinco vezes mais chances de sofrerem um feminicídio. Segundo o anuário brasileiro de segurança pública de 2019, a cada dois minutos há um registro de lesão corporal dolosa contra a mulher no Brasil, e destacam ainda um aumento de 11,3% de feminicídios no mesmo ano, sendo que 88,8% foram provocados pelo parceiro ou ex-companheiro (KLUGE, 2020;DUNCAN,2020).

Este contexto revela importância das políticas de direitos humanos para as mulheres e demonstra a pertinência de que esta pauta tem relevância e não deve ficar subordinada a outras pastas, para tanto, avanços ainda precisam ser feitos no campo de políticas públicas, incluso ou alheio ao contexto pandêmico (LOBO, 2020). Nessa conjuntura, desvela-se

dois tipos de situação é que a despeito da pandemia de Covid-19 estar se apresentando um fenômeno longo e de seus efeitos sobre as situações de VDFM serem urgentes, no entanto, as ações de muitos governos foram atrasadas e de outros nem aconteceram. Assim, em muitos casos, parece haver um descompasso de temporalidade entre os efeitos da pandemia e as ações (STUKER, 2020). Sob esse prisma, a Enfermagem, apesar de estar vivenciando um processo de trabalho extremamente estressante durante a Pandemia por Covid-19, tem papel estratégico, na medida em que o enfermeiro pode ser a única pessoa a ter um contato mais direto com essas mulheres em situação de vulnerabilidade (PEREIRA DE SOUZA,2021).

CONCLUSÃO

Os estudos apontam que a VDFM se mostra implícita nos serviços de saúde, não sendo a queixa principal que leva as mulheres às unidades de atendimento, entretanto, ressalta-se que as unidades de atenção básica de saúde se tornam elementos importantes na detecção da violação dos direitos humanos no contexto da violência , por ser um local privilegiado para o desenvolvimento de ações de prevenção, reflexão e orientação sobre a violência, por sua grande cobertura e possibilidade de um contato mais estreito com as mulheres, permitindo o reconhecimento e o acolhimento dos casos de violência antes de incidentes mais graves, logo o enfermeiro deve ter uma escuta ativa, visto que o acolhimento é o momento em que se pode otimizar o atendimento humanizado para que a mulher possa colocar suas queixas, apontar suas demandas. Assim, uma atenção adequada possibilita à paciente identificar e expor episódios de violência sofrida.

Destaca-se que a visibilidade das atribulações que o isolamento social trouxe, tornou a violência contra a mulher um dos protagonistas em meio a Pandemia, e nos faz refletir que ainda são incipientes as medidas necessárias para prevenção, e diminuição dos casos. Em contrapartida este cenário tem feito com que os governos de todo o mundo enxergassem a necessidade de repensar a saúde integral a mulher e as medidas de combate a violência.

REFERÊNCIAS

ROESCH E.;AMIN A.;GUPTA J.;GARCIA-MORENO C. **Violence against women during covid-19 pandemic restrictions**.BMJ 2020; 369 :m1712.Disponivel em: https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1712

GOMES FERNANDES VIEIRA-MEYER, A. P. *et al.* **Violência e vulnerabilidade no território do agente comunitário de saúde: implicações no enfrentamento da COVID-19.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, *[s. l.]*, v. 26, n. 2, p. 657–668, 2021. DOI 10.1590/1413-81232021262.29922020. Disponível em: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=foh&AN=148738424&lang=pt-br&site=ehost-live. Acesso em: 26 mar. 2021.

STUKER P;MATIAS KA;ALENCAR JLO.**Políticas Públicas à violência doméstica em tempos da pandemia de COVID-19: ações dos Organismos Estaduais de Políticas para Mulheres no Brasil**. O Público e o Privado · nº 37 · set/dez · 2020. Disponível em:<https://revistas.uece.br/index.php/opublicoeoprivado/article/download/3988/3687/>

DUNCAN TK et al. **Domestic Violence and Safe Storage of Firearms in the COVID-19 Era.** Annals of surgery vol. 272,2 (2020): e55-e57. doi:10.1097/SLA.0000000000004088

GRAHAM-HARRISON E., GIUFFRIDA A.,GRAHAM-HARRISON E.,GIUFFRIDA A.,SMITH H, FORD L. **Lockdowns around the world bring rise in domestic violence.** Guardian 2020 Mar 28. Disponível em:< https://www.theguardian.com/society/2020/mar/28/lockdowns-world-rise-domesticviolence>

MENDONÇA MH.**Reflexões sobre a atual conjuntura nacional e internacional no debate da Cobertura Universal de Saúde na Assembleia Geral da ONU**. Publicado em 19/09/2019 02h09. Cebes.Disponível em: http://cebes.org.br/2019/09/reflexoes-sobre-a-atual-conjuntura-nacional-e-internacional-no-debate-da-cobertura-universal-de-saude-na-assembleia-geral-da-onu-por-maria-helena-mendonca/

PEREIRA DE SOUZA, F. T. *et al.* **Interface between women's health and violence in the training of nurses in Brazil**. Investigacion & Educacion en Enfermeria, *[s. l.]*, v. 39, n. 1, p. 69–83, 2021. DOI 10.17533/udea.iee.v39n1e06. Disponível em: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=c8h&AN=149299448&lang=pt-br&site=ehost-live. Acesso em: 26 mar. 2021.

VIEIRA PR; GARCIA L.;MACIEL POSENATO L .;NOIA EL. **Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela?**. Rev. bras. epidemiol. [online]. 2020, vol.23 [cited 2020-06-14], e200033. Available from: http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720200033. ISSN 1980-5497.

SALETTI-CUESTA, L. *et al.* [**The approach to gender violence from the perspective of communities in northern** Córdoba **Province, Argentina**]. Cadernos de saude publica, *[s. l.]*, v. 36, n. 1, p. e00184418, 2020. DOI 10.1590/0102-311X00184418. Disponível em: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=mdc&AN=31967288&lang=pt-br&site=ehost-live. Acesso em: 26 mar. 2021.

MACHADO, D. F. *et al.* **Violence against women: what happens when the Women's Protection Police Station is closed?** Ciencia & saude coletiva, *[s. l.]*, v. 25, n. 2, p. 483–494, 2020. DOI 10.1590/1413-81232020252.14092018. Disponível em: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=mdc&AN=32022189&lang=pt-br&site=ehost-live. Acesso em: 26 mar. 2021.

JORGE CANUTO, P. *et al.* **Repercussões Do Isolamento Social Diante Da Pandemia Covid-19: Abordando Os Impactos Na População**. Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, *[s. l.]*, v. 16, p. 122–131, 2020. DOI 10.14393/hygeia0054398. Disponível em: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=foh&AN=147983996&lang=pt-br&site=ehost-live. Acesso em: 26 mar. 2021.

FAUSTINO, D.; GONÇALVES, R. **A nova pandemia e as velhas relações coloniais, patriarcais e racistas do capitalismo brasileiro**. Lutas Sociais, *[s. l.]*, v. 24, n. 45, p. 275–289, 2020. Disponível em: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=foh&AN=149156296&lang=pt-br&site=ehost-live. Acesso em: 26 mar. 2021.

Anuário Brasileiro de Segurança Pública. Edição 2020 do.Ano 14, 2020. ISSN 1983-7364.Disponível em:<https://forumseguranca.org.br/anuario-brasileiro-seguranca-publica/>

RIBEIRO MOTA, A. *et al.* **Care Practices of the Nurse to Women in Conjugal Violence Situation.** Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental, *[s. l.]*, v. 12, n. 1, p. 840–849, 2020. DOI 10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7814. Disponível em: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=c8h&AN=147673105&lang=pt-br&site=ehost-live. Acesso em: 26 mar. 2021.

SIQUEIRA JM. **Impacto da violência na qualidade de vida dos usuários da Estratégia Saúde da Família**.Rio de Janeiro, 2021. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

DISOC.**POLÍTICAS PÚBLICAS E VIOLÊNCIA BASEADA NO GÊNERO DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19: AÇÕES PRESENTES, AUSENTES E RECOMENDADAS.**NOTA TÉCNICA N 78, Diretoria de Estudos e Políticas Sociais,2020.Disponivel em:<http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10100/1/NT_78_Disoc_Politicas%20Publicas%20e%20Violencia%20Baseada%20no%20Genero%20Durante%20a%20Pandemia%20Da%20Covid_19.pdf>

LOBO JC. **Uma outra pandemia no Brasil: as vítimas da violência doméstica no isolamento social e a “incomunicabilidade da dor.**TESSITURAS V8 S1 JAN-JUN 2020 I Pelotas I RS. ISSN 2318-9576.

OLINDA DE SOUZA CARVALHO LIRA, M. *et al.* **Repercussões Da Covid-19 No Cotidiano Da Mulher: Reflexões Sob O Olhar Sociológico De Michel Maffesoli.** Enfermagem em Foco, *[s. l.]*, v. 11, p. 231–235, 2020. Disponível em: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=c8h&AN=148440443&lang=pt-br&site=ehost-live. Acesso em: 26 mar. 2021.

OLIVEIRA, Maria Helena Barros de et al . **Direitos humanos, justiça e saúde: reflexões e possibilidades.** Saúde debate, Rio de Janeiro , v. 43, n. spe4, p. 9-14, 2019 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000800009&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Apr. 2021. Epub June 19, 2020. https://doi.org/10.1590/0103-11042019s401.

Declaração Universal dos Direitos Humanos e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. **A DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS E OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL: AVANÇOS E DESAFIOS** . 2019. ISBN: 978-85-85142-85-8. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/declaracao-universal-dudh/cartilha-dudh-e-ods.pdf

CAPÍTULO 21

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FORENSE FRENTE A VIOLÊNCIA FÍSICA

Data de aceite: 01/08/2021
Data de submissão: 25/04/2021

Larissa Regina Bastos do Nascimento
UNAERP *Campus* Guarujá
Guarujá – São Paulo
https://www.linkedin.com/in/larissaregina/

Mara Rúbia Ignácio de Freitas
UNAERP *Campus* Guarujá
Guarujá – São Paulo
http://lattes.cnpq.br/7655726303951018

RESUMO: O trabalho científico em questão tem como objetivo refletir sobre a atuação do enfermeiro forense frente a violência física. Segundo a Organização Mundial da Saúde, a violência física é o uso da força para atingir a si mesmo ou aos outros, resultando em lesão, morte, agravo psicológico, deficiência ou privação. Trata-se de uma pesquisa descritiva realizada por meio de uma revisão bibliográfica, utilizando 10 trabalhos que foram lidos e analisados na íntegra, com o intuito de esclarecer 2 hipóteses: 1 - Escassez de publicações sobre o tema atuação do Enfermeiro Forense; 2 - Ausência do assunto, Enfermagem Forense, nas disciplinas dos cursos de enfermagem. Concluiu-se que a violência física é problema universal, e sua inserção nos cursos de graduação de enfermagem faz-se necessário, frente ao fato do Enfermeiro Forense realizar trabalhos preventivos frente a violência na comunidade, junto aos jovens nas suas escolas e seus familiares. Foi identificado que a Enfermagem Forense é consideravelmente desconhecida e insuficientemente valorizada, devido a suas raras atuações e ações ocupadas por outros profissionais. Relevante deixar notório que se trata de uma pesquisa inédita pois, houve uma escassez de publicações pautadas especificamente sobre o tema Enfermagem Forense. Contudo pretende-se incentivar o surgimento de trabalhos científicos sobre Enfermagem Forense, e a inclusão da temática, Atuação da Enfermagem Forense na Violência Física, na Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa de Saúde do Conselho Nacional de Saúde (ANPPS).
PALAVRAS - CHAVE: Forense. Violência. Enfermagem.

FORENSIC NURSING PRACTICE IN PHYSICAL VIOLENCE

ABSTRACT: The scientific paper in question aims to reflect on the Forensic Nursing Practice in Physical Violence. According to the World Health Organization, physical violence is the use of force to affect oneself or others, resulting in injury, death, psychological distress, disability or privation. This is a descriptive research conducted through a literature review, using 10 papers that were read and analyzed in full, in order to clarify two hypotheses: 1 - The shortage of publications on the theme Forensic Nursing practice; 2 - Absence of the subject, Forensic Nursing, in the disciplines of nursing schools. It was concluded that physical violence is a universal problem, and its introduction in nursing courses is necessary, due to the fact that the Forensic Nurse performs

preventive work facing violence in the community, with young people in their schools and their families. It was identified that Forensic Nursing is considerably unknown and insufficiently valued due to its rare actions and actions occupied by other professionals. It is important to make clear that this is an unprecedented survey because there was a shortage of publications ruled specifically on the topic Forensic Nursing. Therefore it is intended to encourage the increase of scientific papers on Forensic Nursing, and the inclusion of the theme, Forensic Nursing Practice in Physical Violence, in the National Agenda of Priorities in Health Research of the National Health Council (ANPPS).
KEYWORDS: Forensic. Violence. Nursing.

1 I INTRODUÇÃO

A violência física é um fenômeno complexo que abala a qualidade de vida, podendo estar presente em diferentes situações da convivência humana, acarretando dor, sofrimento, medo, angústia, lesões, mutilações, deformações ou morte. (ZANATTA, *et al*., 2018).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2014) apud Zanatta (2018), a OMS define a violência como o uso da força para atingir a si mesmo ou aos outros, podendo variar de forma física, psicológica ou abuso de poder, resultando em lesão, morte, agravo psicológico, deficiência ou privação.

A violência atinge as diferentes esferas da sociedade, causando desordem familiar e trazendo marcas físicas e psicológicas na vítima, refletindo assim no seu processo de saúde-doença. (BROCH, *et al*., 2017).

A violência e o trauma subsequente atualmente são instituídos como um grave problema de saúde mundial, emergindo a necessidade de os profissionais enfermeiros possuírem conhecimentos atualizados para realizar o suporte às boas práticas. (COELHO, CUNHA, LIBÓRIO, 2016).

Nessa situação, o enfermeiro está em uma posição única para identificar, avaliar e cuidar das vítimas de violência, interpessoal e/ou trauma, fornecendo cuidados físicos, emocionais e sociais. (COELHO, CUNHA, LIBÓRIO, 2016).

A Enfermagem Forense combina os conceitos gerais da enfermagem com os princípios das ciências forenses tradicionais, integrando assim, a ciência forense na prestação de cuidados de enfermagem, promovendo cuidados diretos às vítimas e ofensores, aplicando a lei ao modo de cuidar da pessoa e representando uma evolução positiva em prol das vítimas. (COELHO, CUNHA, LIBÓRIO, 2016).

A Enfermagem Forense é definida como a aplicação da Ciência da Enfermagem aos aspectos forenses no cuidado da saúde; atuando em qualquer lugar onde existam pessoas em situação de violência e acarretando uma essência voltada para a contribuição de uma assistência integralizada, desenvolvendo uma visão crítica e minuciosa para detectar casos. (SILVA, *et al*., 2017).

O Enfermeiro Forense apresenta a atribuição de reconhecer, intervir e avaliar

situações de violência, doença e morte; possuindo conhecimento sobre o funcionamento do sistema legal, documentando, preservando e recolhendo evidências. (COELHO, CUNHA, LIBÓRIO, 2016).

A atuação do Enfermeiro Forense só veio a ser reconhecido em 1992, por meio da criação da *International Association of Forensic Nursing* (IAFN), fundada por 72 enfermeiras norte americanas que se dedicavam a exames de perícia em vítimas de abuso sexual e estupro. Atualmente, a sede se mantém em *New Jersey* – Estados Unidos, e é designada a regulamentar a prática internacional da enfermagem forense, incentivando pesquisas, treinamentos e o desenvolvimento dessa atividade. (SILVA, SILVA, 2009).

Vários países já implantaram e/ou implementaram a enfermagem forense como uma especialidade da Enfermagem, como o Japão, Canadá, Austrália, Inglaterra, Peru, Quênia, Coreia, Índia, Jamaica, Suécia e Itália. (SILVA, SILVA, 2009).

Na América Latina, a área está nascendo e o Conselho Federal de Enfermagem, de forma visionária, já reconhece esta especialidade desde 2011. (Resolução 389/11).

Os domínios da competência do enfermeiro forense são: Maus tratos e trauma, abuso sexual, violência física; investigação da morte; enfermagem psiquiátrica forense, preservação de vestígios; testemunho pericial; consultoria; desastres em massa e enfermagem carcerária. (ABEFORENSE, 2015).

Nessa pesquisa refletiu-se sobre o domínio pertinente a violência e suas variações. (Figura 1).

Figura 1: Apresentação dos domínios da competência do Enfermeiro Forense, segundo a Associação Brasileira de Enfermagem Forense (ABEFORENSE), 2015.

Fonte: ABEFORENSE, 2015.

Baseando-se na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 566/2017, os Enfermeiros Forenses estão capacitados para identificar cenários de violência, estabelecer

diagnósticos contextualizados, executar medidas preventivas e terapêuticas legalmente suportadas, e avaliar os resultados, em ganhos para a saúde, no âmbito do trauma e violência. (COFEN, 2017).

Segundo Lynch, (2011), *apud* Silva *et al*., (2017), a ciência forense permite que o enfermeiro realize uma abordagem de forma integral, ofertando cuidados que envolvam o corpo, o emocional, o espírito e a justiça. Devendo possuir competências que permitam reconhecer sinais que indiquem origem criminosa e intervir adequadamente, pois se houver deficiências no momento de identificação dos sinais, poderá prejudicar toda a averiguação dos fatos por deixar de responder perguntas necessárias relacionada com a violência sucedida.

Durante o curso de graduação de enfermagem, a pesquisadora estudou em diversas disciplinas, o tema violência atual no mundo, dessa forma, surgiu a questão em estudo, qual seria a atuação do enfermeiro na enfermagem forense frente a violência, apresentado na figura 1; focando na resolução de duas hipóteses: 1 - Escassez de publicações sobre o tema atuação do Enfermeiro Forense; 2 - Ausência do assunto, Enfermagem Forense, nas disciplinas dos cursos de enfermagem.

Justifica-se a relevância dessa pesquisa sobre a atuação realizada pelo Enfermeiro Forense frente ao aprimoramento do conhecimento científico, e por se tratar de uma área pouco abordada durante a graduação, surgindo o interesse e principalmente a necessidade de difundir a temática. (SILVA, *et al*., 2017).

Outra razão foi devido ao aumento global da violência que desencadeou a necessidade do preparo de enfermeiros, e estimulou o ensino – aprendizado do enfermeiro na educação preventiva de violência interpessoal e detecção de sinais de vitimização. (SILVA, SILVA, 2009).

2 | OBJETIVO

Analisar e refletir sobre a atuação do Enfermeiro Forense frente a Violência Física.

3 | MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva realizada por meio de uma revisão bibliográfica. De acordo com Gil (2008. p. 28), “As pesquisas descritivas descrevem e estudam os atributos de determinada população/fenômeno, ou estabelecer relações entre variáveis”. Brevemente, o mesmo afirma que, a revisão bibliográfica é uma pesquisa desenvolvida com base em materiais já elaborados.

Nessa investigação, o assunto norteador que guiou a seleção do material científico foi: Enfermagem Forense. A seleção de artigos se deu por meio de busca nas bases de dados, Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no sistema de busca eletrônico Google Acadêmico.

Foram utilizados no artigo os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (Decs), para encontrar os artigos referenciados na BVS foram: Enfermagem, Forense e Violência. E, os cruzamentos utilizados foram: Enfermagem and Violência e Enfermagem and Forense.

Os critérios de inclusão propostos para a seleção dos artigos foram: artigos completos publicados no período de 2009 a 2019; e publicados no idioma português. Foram excluídos artigos repetidos e textos provenientes de cartilhas.

Após a busca exaustiva de títulos e resumos que respondessem aos critérios de inclusão estabelecidos para a pesquisa, todos os 11 trabalhos usados nessa pesquisa, foram lidos e analisados na íntegra.

No quadro 1 apresenta-se 3 artigos científicos encontrados no BVS; no quadro 2, 3 artigos e 1 dissertação de mestrado de Viseu em Portugal, que foram encontrados aleatoriamente no Google Acadêmico; e no quadro 3, 1 Regulamento da ABEForense, 2 Resoluções do COFEN e um artigo da revista Cogitare Enfermagem, encontrados no Google Acadêmico.

Enfermagem *AND* Violência					
Autor e Ano	**Título**	**Método**	**Sujeito/ Local**	**Assunto Estudado**	**Conclusão**
Broch, *et al*; (2017).	Representa-ções sociais da violência doméstica contra a mulher entre profissionais de saúde: um estudo comparativo.	Qualitativa.	Profissionais da área de saúde atuante em USF do município de Rio Grande, no Rio Grande do Sul.	Identificar e comparar as representa-ções sociais da violência doméstica contra a mulher entre profissionais que atuam em Unidades de Saúde da Família das zonas urbanas e rurais.	Constatou que os profissionais que atendem vítimas exibem atributos comuns com variações em função das situações específicas do cotidiano e do cenário de atuação, definindo um aspecto estruturado, de conotação negativa.
Zanatta, *et al*; (2018).	Interfaces da violência com a formação em enfermagem: um diálogo possível e necessário.	Exploratória, descritiva e de natureza qualitativa.	Instituições de Ensino Superior de Santa Catarina, utilizando educadores dos cursos de graduação de enfermagem.	Identificar o ideário e as práticas pedagógicas de educadores de cursos de graduação em enfermagem quanto à presença da violência.	Relata a necessidade de investir na formação em enfermagem, sobretudo ao tratar de temas como a violência, que envolve diálogo e atitudes, permitindo vínculos afetivos para que todos sejam encorajados a se expressar.
Enfermagem *AND* Forense					
Silva, Silva; (2009).	Enfermagem forense: uma especialidade a conhecer.	Pesquisa descritiva.	Atuação da enfermagem forense nos Estados Unidos da América e no Brasil.	O amplo trabalho da Enfermagem Forense.	Constitui a enfermagem forense como uma especialidade que merece um programa de treinamento para campo de trabalho.

Quadro 1: Apresentação dos artigos encontrados na BVS, utilizados, por meio de cruzamentos, segundo autor, ano, título, método, sujeito/local, assunto estudado e conclusão. Guarujá, 2019.

Fonte: as autoras.

Autor e Ano	Título	Método	Sujeito/Local	Assunto Estudado	Conclusão
Coelho, Cunha e Libório; (2016).	Impacto da formação em ciências forenses.	Descritivo com foco transversal.	Profissionais das ciências da saúde e outras ciências sociais e humanas.	Nível de conhecimento sobre as práticas forenses.	Visa à melhoria da qualidade na prestação de cuidados às vítimas e perpetuadores, e melhor auxílio ao prestar à justiça na preservação de provas de caráter forense.
Nery, et al; (2014).	Possibilidade de uma enfermagem forense em hospital de urgência.	Estudo de campo, de natureza exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa.	Enfermeiros que trabalham na instituição hospitalar designada.	Entrevista baseada em um roteiro para conhecer as possibilidades de uma enfermagem forense em um hospital de urgência.	Deixou notório a importância do protocolo de enfermagem específico para atender as vítimas de violência, onde não há na instituição estudada, dificultando um adequado atendimento e uma possível investigação.
Santos, et al; (2017).	Atuação e competência do enfermeiro forense na preservação de vestígios no serviço de urgência e emergência.	Revisão integrativa da literatura com abordagem descritiva.	Enfermeiro Forense na Preservação de Vestígios no serviço de Urgência e Emergência.	Competências do enfermeiro forense com enfoque na preservação de vestígios na urgência e emergência.	Define a importância da preservação dos vestígios nas urgências e emergências, evitando erros e alterações.
Silva, et al; (2017).	Criação da liga de enfermagem forense: um relato de experiência.	Relato de experiência , revisão não sistemática de artigos científicos.	Liga Acadêmica de Enfermagem Forense (LAEF), no Brasil.	Relevância que a liga tem diante da disseminação de informações que possuem um grande impacto social e profissional.	Visa ampliar o conhecimento sobre essa área da enfermagem, mostrando sua relevância no contexto social e da saúde.

Quadro 2: Apresentação dos artigos utilizados, segundo autor, ano, título, método, sujeito/local, assunto estudado e conclusão. Guarujá, 2019.

Fonte: as autoras.

Autores e Ano	Título	Instituição	Conclusão
Associação Brasileira de Enfermagem Forense; (2015).	Regulamento das Competências Técnicas da Enfermagem Forense.	ABEFORENSE.	Promove o enquadramento regulador para a certificação das competências do enfermeiro forense, tornando público e assegurando à sociedade com clareza a sua atuação.

Conselho Federal de Enfermagem; (2017).	Resolução 556/2017 – Regulamenta a atividade do Enfermeiro Forense no Brasil.	COFEN.	Aprova as áreas de atuação e as competências técnicas do Enfermeiro Forense.
SILVA, SILVA; (2012).	Entrevista: Possibilidade para a Profissão.	Revista Enfermagem COREN – SP.	Esclarecem dúvidas e incentivam a iniciativa da implantação da enfermagem forense nos cursos de graduação e pós-graduação.
Conselho Federal de Enfermagem; (2011).	Resolução 389/2011 – Atualiza procedimentos para registro de título de pós-graduação lato e stricto sensu concedido a enfermeiros e lista as especialidades.	COFEN.	Reconhece a especialidade de Enfermagem Forense no Brasil desde 2011.

Quadro 3: Apresentação dos trabalhos usados nessa pesquisa, segundo autor, ano, título, instituição e conclusão. Guarujá, 2019.

Fonte: as autoras.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Houve um aumento gradual na procura dos cuidados de enfermagem por parte de vítimas de violência, estimulando os enfermeiros a adquirir e atualizar conhecimentos na área das Ciências Forenses. (SANTOS, 2013; *apud* SILVA, *et al*., 2017).

Geralmente, o primeiro contato da vítima de violência física é com a equipe de enfermagem, portanto os Enfermeiros Forenses devem ser aptos a identificar e atuar de maneira ética e eficaz em qualquer suspeita ou confirmação de violência. (GOMES, 2016; *apud* SILVA, *et al*., 2017).

Sendo assim, a atuação dos Enfermeiros Forenses facilita a aproximação com as vítimas, estabelecendo relações de confiança entre os que atuam nas áreas da justiça, facilitando assim, a cooperação com o exame forense. (SILVA, SILVA, 2009).

A educação preventiva permite que a enfermeira se destaque dentre os demais profissionais envolvidos, por sua atuação junto à vítima, como responsável em realizar exames minuciosos e coletas de evidências sem contaminação, consideravelmente sendo fatores indispensáveis para o sucesso da investigação forense. (SILVA, SILVA, 2009).

A prevenção da violência requer um trabalho dinâmico e persistente junto ao Enfermeiro, e seu enfrentamento é uma construção contínua. Por isso, a prevenção deve ser elaborada pelo Enfermeiro através de campanhas, orientações e afins, com o intuito de conscientizar todas as pessoas de diversas faixas etárias utilizando profissionais capacitados e uma equipe multidisciplinar. (NERY, *et al*., 2014).

> O enfermeiro forense tem visão para promover e fazer avançar a ciência forense, ciências em saúde e enfermagem no contexto da violência e do abuso, incluindo a prevenção, identificação e cuidados inerentes ao mesmo. Podendo contribuir com melhorias para a prática de cuidados de saúde, educação e políticas públicas. (ABEForense, 2015. p.2).

O Enfermeiro Forense atua em lugares onde existam pessoas em situação de violência, de uma forma facilitada pode ser definido como um investigador, representando um elo entre o cenário do crime, as vítimas envolvidas e o Direito. (NERY, *et al*., 2014).

Representado na seguinte Figura 2, a atuação do Enfermeiro Forense frente aos tipos de Violência, salientando todas as formas de violência existentes.

Figura 2: Apresentação das categorias de violência onde o Enfermeiro Forense atua. Guarujá, 2019.

Fonte: as autoras.

O Enfermeiro Forense mantém infinitas áreas de atuação, incluindo escolas, comunidades, hospitais, principalmente nos setores de emergência, nos centros de saúde, nas instituições médico-legais e em quaisquer outros lugares onde hajam pessoas em situação de violência. (SILVA, SILVA, 2012).

A Enfermagem Forense busca a verdade envolvendo toda a investigação criminal, tornando possível desvendar ou esclarecer o que permanecia incógnito, levando os quesitos jurídicos que unem o papel do enfermeiro forense na compreensão dos aspectos, e os impactos que acometem vítimas de violência e seus familiares. (SANTOS, *et al*., 2017).

Na atuação clínica do enfermeiro frente a violência física surgem aspectos das ciências forenses, como a função de recolher e preservar os vestígios presentes de vítimas e agressores para a investigação do ocorrido, auxiliando desde o cuidado com a saúde do indivíduo até a resolução das questões jurídicas-legais. (SANTOS, *et al*., 2017).

Constituído no seguinte Quadro 4, a apresentação das competências do Enfermeiro Forense frente a violência física, dispondo das especialidades e unidades de competência do profissional.

Especialidade	Unidades de Competência
Estabelece respostas humanas aos processos de vida das vítimas, perpetradores e famílias, envolvidas em situações de maus tratos, abuso sexual, trauma e outras formas de violência, em todos os contextos da prática de cuidados, ao longo do ciclo de vida.	- Identificar situações e potenciais vítimas; - Priorizar planos de intervenção e investigação para definir estratégias de atuação; - Avaliar os resultados, sempre perpetuando uma política de segurança e melhoria da qualidade dos cuidados especializados em enfermagem forense.
Desenvolve, promove, implementa e supervisiona sistemas de resposta a problemas de saúde decorrentes das diversas formas de violência, em todos os contextos da prática de cuidados.	- Suportar a prática clínica especializada da enfermagem forense na evidência, investigação e conhecimento científico, baseado na ciência de enfermagem e disciplinas forenses. - Conceber e colaborar na formulação de políticas, procedimentos e padrões documentais para uma enfermagem forense especializada nos diversos contextos clínicos.
Desenvolve uma prática de cuidados que respeita os direitos das vítimas, perpetradores e suas famílias e a responsabilidade profissional legalmente suportada, em contexto de maus tratos, abuso sexual, trauma e outras formas de violência.	- Promover a proteção dos direitos humanos e legais das vítimas, perpetradores e suas famílias, nos diferentes contextos clínicos. - Demonstrar a tomada de decisão ética na prática especializada da enfermagem forense nos contextos clínicos.

Quadro 4: Apresentação das Competências do Enfermeiro Forense frente a violência física, 2019.

Fonte: Regulamento da ABEFORENSE, 2015.

Para se qualificar como Enfermeiro Forense perito nesses exames, Silva e Silva (2009) afirmam que o enfermeiro forense deverá possuir no mínimo 2 anos de experiência na prática assistencial e submeter-se ao treinamento técnico de coleta de evidências e fotos forenses de 40 horas, incluindo a revisão de leis locais, revisão de literatura e prática supervisionada em mulheres voluntárias. Nos casos de perícias em adultos com suspeita de abuso sexual, o requerimento mínimo se baseia na execução de 10 exames ginecológicos supervisionados por um instrutor qualificado.

O Enfermeiro Forense examina o indivíduo, coleta evidências e presta cuidados a vítimas de violência. As etapas da perícia são efetuadas após consentimento assinado da vítima antes do início e após o consentimento verbal durante o exame; após a concordância, é realizado um questionário que coleta informações sobre o ocorrido e o exame físico de forma minuciosa, colhendo o DNA, investigando a documentação e obtendo fotos das lesões corporais (externas e internas); incluindo o exame que utiliza a luz ultravioleta para melhor visualização de substâncias que contém proteínas, como o sêmen; posteriormente, é realizado exames de cavidade oral e genital, com o auxílio de um colposcópio, e a coleta e análise das peças de roupas para o exame forense de investigação de DNA e fibras. Por via de conhecimento, os exames de urina e sangue somente são coletados em caso de suspeita de ingestão involuntária de drogas. (SILVA, SILVA, 2009).

Ainda de acordo com Silva e Silva (2009), com autorização por escrito, as vítimas são contatadas por telefone pela enfermeira forense alguns dias após a perícia, com o intuito de prestar apoio emocional.

> Os Enfermeiros Forenses aplicam o processo de enfermagem em uma combinação entre a ciência da enfermagem, as ciências forenses e os cuidados de saúde específicos, e possuem embasamento técnico cientifico para atenderem às necessidades forenses de vítimas, perpetradores, famílias, populações vulneráveis, portadores de patologia psiquiátrica e população carcerária. (COFEN, 2017, p. 2).

Se tornou notório a necessidade do Enfermeiro Forense nas diversas categorias de atuação apresentadas na Figura 2, sendo um profissional capacitado para prestar uma assistência qualificada e especializada as vítimas e aos agressores. (SANTOS, *et al.*, 2017).

Refletindo sobre a hipótese (1) dessa pesquisa; escassez de publicações sobre o tema atuação do Enfermeiro Forense, Silva, *et al.*, (2017) revela que tem o intuito de incentivar o desenvolvimento de investigações na área forense, ampliando a rede de prevenção contra a violência nas comunidades com o apoio do enfermeiro, e sensibilizando a importância da Enfermagem Forense como uma área prioritária na prática da Enfermagem.

No Brasil, a Enfermagem Forense ainda é pouco conhecida e com raras atuações como especialidade, embora ainda não exista programas específicos de adequação para a área, há profissionais que atuam frente a vítimas de violência física. (SILVA, SILVA, 2009).

Sobre a hipótese (2) de ausência do assunto Enfermagem Forense nas disciplinas dos cursos de enfermagem, SILVA e SILVA (2009) expressam que a motivação primordial foi a importância dessa temática e a pouca inserção entre os enfermeiros brasileiros e nos currículos de enfermagem, com o intuito de orientar os mesmos para evitar que possíveis vítimas sejam ignoradas, ou passem despercebidas devido à falta de habilidade do pessoal de saúde.

5 I CONCLUSÃO

A violência física é um problema universal, e a sua inserção nos cursos de graduação de enfermagem faz-se necessário, frente ao fato do Enfermeiro Forense realizar trabalhos preventivos sobre a violência na comunidade, junto aos jovens nas suas escolas e seus familiares.

Foi identificado que a Enfermagem Forense é um campo de infinitas possibilidades, conforme citações nesta pesquisa, entretanto é consideravelmente desconhecida e insuficientemente valorizada devido a suas raras atuações e ações ocupadas por outros profissionais.

Relevante deixar notório que se trata de uma pesquisa inédita pois, houve uma escassez de publicações pautadas especificamente sobre o tema Enfermagem Forense.

Contudo essa pesquisa, pretende incentivar o surgimento de trabalhos científicos sobre Enfermagem Forense, e a inclusão da temática, Atuação da Enfermagem Forense na Violência Física, na Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa de Saúde do Conselho Nacional de Saúde (ANPPS).

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM FORENSE. **Regulamento das Competências Técnicas da Enfermagem Forense**. Aracaju: *In*: Assembleia da ABEForense, p. 2, 7 – 9, 2015. Disponível em: http://www.abeforense.org.br/wp-content/uploads/2016/06/Competências-Tecnicas-da-Enfermagem-Forense.pdf. Acesso em: 10 mai. 2019.

BROCH, Daiane; *et al*. **Representações Sociais da Violência Doméstica contra a mulher entre os profissionais de saúde**: um estudo comparativo. Rio Grande: Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, vol. 7, 2017. Disponível em: http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1630/0. Acesso em: 11 mai. 2019.

COELHO, Mauro; CUNHA, Madalena; LIBÓRIO, Rui; **Impacto da formação em Ciências Forenses**. Viseu, Portugal: Revista Servir, vol. 59, n. 1, pg 27 – 33, 2016. Disponível em: https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/4068. Acesso em: 11 mai. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução N 389/2011**. Atualiza, no âmbito do sistema Cofen/Coren, os procedimentos para registro de título de pós-graduação lato e stricto sensu concedido a enfermeiros e lista as especialidades. Brasília: 20 out. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução N 556/2017**. Regulamenta a atividade do Enfermeiro Forense no Brasil, e dá outras providências. Brasília: 23 ago. 2017.

GIL, Antonio Carlos; **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Editora Atlas, 6 ed., pg. 28, 2008.

NERY, Teresinha Peres de Abreu Bastos; *et al*. **Possibilidades de uma Enfermagem Forense em Hospital de Urgência**. Teresina: Revista Interdisciplinar. vol. 7, n. 3, p. 61 – 70, 2014. Disponível em: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/245. Acesso em: 08 abr. 2019.

SANTOS, Michelle Ribeiro; *et al*. **Atuação e Competência do Enfermeiro Forense na Preservação de Vestígios no Serviço de Urgência e Emergência**. *In*: Congresso Internacional de Enfermagem, Anais Congresso Internacional de Enfermagem. Aracaju: Editora UNIT, 2017. Disponível em: https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/view/5821. Acesso em: 28 abr. 2019.

SILVA, Crislene de Araujo Cruz; *et al*. **Criação da Liga de Enfermagem Forense: Um relato de experiência**. *In*: Congresso Internacional de Enfermagem, Anais Congresso Internacional de Enfermagem. Aracaju: Editora UNIT, 2017. Disponível em: https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/view/5786/2304. Acesso em 07 abr. 2019.

SILVA, Karen Beatriz; SILVA, Rita de Cássia; **Enfermagem Forense: Uma especialidade a conhecer**. Paraná: Revista Cogitare Enfermagem, vol. 14, n. 3, 2009. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/16191.Acesso em: 07 abr. 2019.

SILVA, Rita de Cássia; SILVA, Karen Beatriz; Enfermagem Forense: Possibilidade para a profissão. São Paulo: *In*: **Enfermagem Revista COREN-SP**. n 1, p. 35 – 37, 2012.

ZANATTA, Elisangela Argenta; *et al*. **Interfaces da Violência com a Formação em Enfermagem**: Um Diálogo Possível e Necessário. Santa Catarina: Escola Anna Nery, vol. 22, n. 4, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/pt_1414-8145-ean-22-04-e20170404.pdf. Acesso em: 11 mai. 2019.

CAPÍTULO 22

ENFERMAGEM JUNTO AO IDOSO VÍTIMA DE VIOLÊNCIA FÍSICA E PSICOLÓGICA

Data de aceite: 01/08/2021

Data de submissão: 28/04/2021

Ana Clara Pinto Santos
Discente de Enfermagem da Universidade de Ribeirão Preto
Guarujá – São Paulo
https://orcid.org/0000-0002-3689-4136

Caroline Silva Rodrigo
Discente de Enfermagem da Universidade de Ribeirão Preto
Guarujá – São Paulo
https://orcid.org/0000-0001-8531-1040

Roberta Santos de Andrade Costa Lucas
Discente de Enfermagem da Universidade de Ribeirão Preto
Guarujá – São Paulo
https://orcid.org/0000-0003-3261-3349

Thainan de Assunção Santos
Discente de Enfermagem da Universidade de Ribeirão Preto
Guarujá – São Paulo
https://orcid.org/0000-0003-0144-0414

Mara Rúbia Ignácio de Freitas
Docente de Enfermagem da Universidade de Ribeirão Preto
Guarujá – São Paulo
http://lattes.cnpq.br/7655726303951018

RESUMO: Paraíba e Silva (2015) referem que é notável o envelhecimento da população mundial, que representa o dever da prevenção da qualidade de vida na terceira idade. Como Rocha et. al. (2015), a maioria dos idosos que moram com um familiar ou mais, são aqueles que são dependentes para a realização das suas atividades diárias e/ou de renda, propiciando o uso da violência. Segundo Rocha et. al. (2015), caracteriza - se a violência o uso proposital da força física ou da autoridade, real ou em ameaças, contra outra pessoa, ou consigo mesmo, ou contra uma comunidade ou um grupo. No Brasil, as maiores incidências de violência são a física e a psicológica, seguida da financeira. (Faleiros, 2007 apud VIANNA et., al. 2015) A prevalência de violência física e psicológica entre os idosos foi de 20,9% para a psicológica e 5,9% para a física. (PAIVA; TAVARES, 2015) As características dos idosos submetidos à violência física e psicológica e estratificada em física e psicológica foram semelhantes, prevalecendo mulheres, com 60-80 anos, escolaridade, renda, tendo como principal agressor o cônjuge. (PAIVA; TAVARES, 2015) Durante o curso de enfermagem na disciplina saúde do idoso e saúde mental, as pesquisadoras refletiram sobre a problemática de violência com a questão: qual a assistência de enfermagem junto ao idoso em violência física e psicológica. Este artigo tem como finalidade descrever a assistência da enfermagem junto ao idoso vítima de violência. O abuso psicológico é uma das formas de violência mais difíceis de detectar, porque se processa de forma continua silenciosa, favorecendo a desvalorização e impacta na saúde mental do idoso, gerando pânico, distúrbios alimentares e do sono. (ARAUJO e LOBO FILHO 2009 apud SILVA; FRANÇA 2015). Diante disso, durante o cuidado de enfermagem,

é necessário considerar a faixa etária dos idosos, bem como suas dificuldades e limitações. E, a partir dessas informações, o enfermeiro deve promover atividades para informação e prevenção da violência. (PAIVA; TAVARES, 2015) Segundo Rocha et. al. (2015), VD, o diálogo e encaminhamentos a instâncias competentes são estratégias usadas nas USF, sendo a primeira a mais importante das estratégias diante da violência contra a pessoa idosa, compreendendo a realidade onde a mesma ocorre e propiciando intervenções especificas. Paiva e Tavares (2015) ressaltam que durante as consultas de enfermagem é possível identificar sinais e sintomas de violência. De acordo com Musse e Rios (2015), a anamnese deve ser realizada em consonância com o exame físico, pois pode existir omissão de fatos pelo idoso vitimado e pela família. Como Rocha et. al. (2015), os profissionais de enfermagem devem manter o diálogo com os cuidadores do idoso para orientar sobre a segurança, higiene e saúde dos mesmos, destacando a importância desses cuidados para a qualidade de vida das pessoas idosas e estimular o vínculo entre eles. E para as consequências geradas pela violência, Paiva e Tavares (2015), referem atividades em grupo para incentivar os integrantes a alcançar estratégias coletivas a fim de enfrentar os problemas sofridos por eles. Conforme Rocha et. al. (2015), caso não haja eficácia nas intervenções, é preciso buscar apoio em órgãos externos. Ressaltando que no Estatuto do Idoso (Brasil, 2003), mediante suspeitas ou confirmações de maus tratoscontra o idoso, é dever dos profissionais de saúde comunicar as autoridades competentes (Art.19). Trata se de uma pesquisa descritiva realizada por meio deuma revisão bibliográfica, nas revistas acadêmicas disponibilizadas online na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e busca manual na biblioteca da faculdade UNAERP Guarujá. Usou-se as palavras – chave: Violência física; Idoso; Violência psicológica. No Brasil, o idoso é vítima de preconceitos e discriminação, sendo frequentes as denúncias de maus-tratos e negligência no âmbito de instituições de assistência social e saúde. Entretanto, a maior parte dos abusos não tem visibilidade social, acontecendo especialmente no ambiente doméstico. (VIANNA et. al. 2015) Os profissionais de enfermagem têm papel relevante no enfrentamento da violência, na prevenção, identificação precoce e/ouno cuidado ao idoso vitimado. Cabe destacar que os enfermeiros da Atenção Primária e, especificamente, os da Estratégia da Saúde que privilegia as atividades supracitadas. (PAIVA; TAVARES, 2015) A violência física e psicológica está associada a faixa etária 60/80 anos e serem dependentes, fortalecendo a necessidade de identificar com lepidez a violênciadoméstica e trabalhar em proteção da pessoa idosa e a manutenção as capacidadesfuncionais e inserção no meio social.

PALAVRAS-CHAVE: Violência Física; Idoso; Violência psicológica.

NURSING WITH THE ELDERLY VICTIM OF PHYSICAL AND PSYCHOLOGICAL VIOLENCE

ABSTRACT: Paraíba and Silva (2015) report that the aging of the world population is notable, which represents the duty to prevent quality of life in old age. As Rocha et. al. (2015), the majority of the elderly who live with a family member or more, are those who are dependent for carrying out their daily activities and / or income, enabling the use of violence. According to Rocha et. al. (2015), violence is characterized as the purposeful use of physical force or authority, real or in threats, against another person, or with oneself, or against a community or a group. In Brazil, the highest incidences of violence are physical and psychological, followed by financial. (Faleiros, 2007 apud VIANNA et., Al. 2015) The prevalence of physical and psychological violence among the elderly was 20.9% for psychological and 5.9% for

physical. (PAIVA; TAVARES, 2015) The characteristics of the elderly who were subjected to physical and psychological violence and stratified in physical and psychological were similar, with women, aged 60-80 years, education, income, with the spouse as the main aggressor). (PAIVA; TAVARES, 2015) During the nursing course in the discipline of health of the elderly and mental health, the researchers reflected on the problem of violence with the question: what is the nursing care for the elderly in physical and psychological violence. This article aims to describe nursing care for elderly victims of violence. Psychological abuse is one of the most difficult forms of violence to detect, because it proceeds in a continuous way, favoring devaluation and impacting the mental health of the elderly, generating panic, eating disorders and sleep. (ARAUJO and LOBO FILHO 2009 apud SILVA; FRANCE 2015). Therefore, during nursing care, it is necessary to consider the age group of the elderly, as well as their difficulties and limitations. And, based on this information, the nurse must promote activities for information and prevention of violence. (PAIVA; TAVARES, 2015) According to Rocha et. al. (2015), VD, dialogue and referrals to competent authorities are strategies used in the FHU, the first being the most important of the strategies in the face of violence against the elderly, understanding the reality where it occurs and providing specific interventions. Paiva and Tavares (2015) point out that during nursing consultations it is possible to identify signs and symptoms of violence. According to Musse and Rios (2015), anamnesis should be performed in line with the physical examination, as there may be omission of facts by the victimized elderly and the family. As Rocha et. al. (2015), nursing professionals should maintain a dialogue with the elderly's caregivers to provide guidance on their safety, hygiene and health, highlighting the importance of this care for the quality of life of the elderly and stimulating the bond between them. And for the consequences generated by the violence, Paiva and Tavares (2015), refer to group activities to encourage members to achieve collective strategies in order to face the problems suffered by them. According to Rocha et. al. (2015), if there is no effectiveness in interventions, it is necessary to seek support from external bodies. Emphasizing that in the Statute of the Elderly (Brazil, 2003), upon suspicion or confirmation of mistreatment against the elderly, it is the duty of health professionals to communicate with the competent authorities (Art.19). This is a descriptive research carried out through a bibliographic review, in academic journals available online at the Virtual Health Library (VHL) and manual search at the UNAERP Guarujá college library. The keywords were used: Physical violence; Elderly; Psychological violence. In Brazil, the elderly are victims of prejudice and discrimination, with frequent reports of mistreatment and neglect in the context of social assistance and health institutions. However, most of the abuses do not have social visibility, occurring especially in the domestic environment. (VIANNA et. Al. 2015) Nursing professionals have an important role in facing violence, in preventing, early identification and / or in caring for the victimized elderly. It should be noted that nurses in Primary Care and, specifically, those in the Health Strategy that privileges the aforementioned activities. (PAIVA; TAVARES, 2015) Physical and psychological violence is associated with the age group 60/80 years and being dependent, strengthening the need to identify domestic violence with lepidity and work to protect the elderly and maintain functional capacities and insertion in the social environment.

KEYWORDS: Physical violence; Elderly; Psychological violence.

REFERENCIAS

BRASIL, Estatuto do Idoso: Lei Federal n.10, 741, de 01 de Outubro de 2003. Acesso em: 24 ago. 2019.

MUSSE, Juliana de Oliveira; RIOS, Maria Helena Evangelista. ATUAÇÃO DOENFERMEIRO PERANTE A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA SOFRIDA PELO IDOSO. **Estud. Interdiscipl. Envelhec.**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p.365-379, maio2015. Disponível em: https://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/26636/35442. Acesso em: 20 ago. 2019.

Paiva MM, Tavares DMS. Physical and psychological violence against the elderly:prevalence and associated factors. Rev. Bras. Enferm. 2015;68(6):727-33. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672015000601035&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 20 ago. 2019.

PARAÍBA, Patrícia Maria Ferreira; SILVA, Maria Carmelita Maia e. Perfil da violência contra a pessoa idosa na cidade do Recife-PE. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s.l.], v. 18, n. 2, p.295-306, jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000200295&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2019.

ROCHA, Elisama Nascimento et al. Estrutura representacional de profissionais da estratégia de saúde da família sobre violência intrafamiliar contra idosos. **Revista Enfermagem Uerj**, [s.l.], v. 23, n. 2, p.178-184, 19 maio 2015. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.facenf.uerj.br/v23n2/v23n2a06.pdf. Acesso em: 24 ago. 2019.

SILVA, Edson Alexandre da; FRANÇA, Lucia Helena de Freitas Pinho. Violência contra idosos na cidade do Rio de Janeiro. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.155-177, abr. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v15n1/v15n1a10.pdf. Acesso em: 24 ago. 2019.

VIANNA, Lucy Gomes et al. A violência contra os idosos nos filmes. **Revista KairósGerontologia**, Sao Paulo (sp), v. 2, n. 18, p.167-195, abr. 2015. Disponível em: https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://revistas.pucsp.br/kairos/article/vi ewFile/26499/18990. Acesso em: 24 ago. 2019.

SOBRE A ORGANIZADORA

ANA MARIA AGUIAR FRIAS - Doutora em Psicologia (Julho-2010); Mestre em Ecologia Humana (2004); Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (Agosto1996). Enfermeira (1986-2003). Professora Coordenadora no Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus (ESESJD) da Universidade de Évora. Presidente do Conselho Pedagógico (2008-2010) e desde Janeiro 2019. Elemento da assembleia de representantes da ESESJD, Vice Presidente da assembleia de representante (2017-2019). Elemento da Comissão Executiva e de acompanhamento do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Adjunta da Diretora de curso. Investigadora do Comprehensive Health Research Centre, investigadora colaboradora do centro de investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora. Coordenadora principal do projeto "Conhecer e prevenir o VIH_SIDA". Assessora Cientifico da Revista RIASE. Revisor da Revista de Enfermagem (Referência), da Revista Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health, da Revista Cubana de Enfermería, da Revista Eletrônica Gestão e Saúde - G&S, da revista de Enfermagem Anna Nery. Representante dos professores no conselho técnico-científico da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus (até Janeiro 2019). Diretora da comissão de curso da licenciatura em Enfermagem (2010-2012). Adjunta da Diretora da Comissão de Curso da Licenciatura em Enfermagem (2012-2014). Diretora da Pós-graduação em Medicina Chinesa (2008-2012). Diretora do 6.º Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, na Ilha da Madeira (2008-2010). Elemento da comissão editorial da revista da ESESJD " Enfermagem e Sociedade" (2004-2009). Autora de vários trabalhos científicos com publicações relevantes em periódicos nacionais e internacionais, livro, capítulos de livros e comunicações nas áreas da Enfermagem, Educação para a Saúde, Psicologia. Abordou temas como Gravidez e Parto. Vinculação, Adolescência, Comportamentos Saudáveis e de Risco, VIH, Urgências e Emergências, Simulação Clínica e *e-learning.*

ÍNDICE REMISSIVO

T

V

Políticas sociais e de atenção, promoção e gestão em

enfermagem

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

@atenaeditora

www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Políticas sociais e de atenção, promoção e gestão em enfermagem

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

@atenaeditora

www.facebook.com/atenaeditora.com.br